Aus der Universitäts-Frauenklinik Düsseldorf
Direktor: Professor Dr. med. L. Beck

Arbeitsweise und Behandlungsresultate der Kurkliniken "Paracelsus", Bad Schwalbach, und "Kurkliniken Am Burggraben", Bad Salzuflen

Ein Beitrag zur Frage des Kurerfolges aus der Frauenklinik der Universität Düsseldorf

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf

vorgelegt von
Christa Smitka
und
Heidi Schröder

1984

Inst. Lucius Mül.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

Der Dekan
der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

gez. Prof. Dr. Hopf

Referent
gez.: Prof. Dr. Beck

Koreferent
gez.: Prof. Dr. Steingrüber

Aus der Universitäts-Frauenklinik Düsseldorf
Direktor: Professor Dr. med. L. Beck

Arbeitsweise und Behandlungsresultate der Kurkliniken "Paracelsus", Bad Schwalbach, und "Kurkliniken Am Burggraben", Bad Salzuflen

Ein Beitrag zur Frage des Kurerfolges aus der Frauenklinik der Universität Düsseldorf

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Christa Smitka

und

Heidi Schröder

1984

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

Der Dekan
der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

gez. Prof. Dr. Hopf

Referent
gez.: Prof. Dr. Beck

Koreferent
gez.: Prof. Dr. Steingrüber

Inhaltsangabe

		Seite
1.	Einleitung und Fragestellung	1
2.	Methoden	
2.1.	Stichproben	4
2.2.	Untersuchungsverfahren	5
2.3.	Durchführung	8
2.4.	Statistische Auswertung der Patientendaten	9
2.5.	Statistische Auswertung der Befindlichkeits-daten	10
3.	Ergebnisse	
3.1.	Bad Schwalbach (Klinik 1)	
3.1.1.	Beschreibung der Kurklinik "Paracelsus"	11
3.1.2.	Die balneotherapeutischen Einrichtungen	15
3.1.3.	Auswertung der Daten des Archivkollektivs	21
3.1.4.	Stichprobenrepräsentativität	28
3.2.	Bad Salzuflen (Klinik 2)	
3.2.1.	Beschreibung der "Kurkliniken Am Burggraben"	29
3.2.2.	Die balneotherapeutischen Einrichtungen	38
3.2.3.	Auswertung der Daten des Archivkollektivs	44
3.2.4.	Stichprobenrepräsentativität	56
3.3.	Ergebnisse der psychologischen Fragebögen beider Kurkliniken	
3.3.1.	Freiburger Persönlichkeitsinventar	58
3.3.2.	Varianzanalyse	60
4.	Diskussion	64
5.	Zusammenfassung	68
	Literatur	
	Anhang	

1. Einleitung und Fragestellung

Die Balneologie zur Rehabilitation und Prävention gynäkologischer Erkrankungen findet mehr und mehr Beachtung. Kurmaßnahmen verursachen erhebliche Kosten im Gesundheitswesen, wenn man bedenkt, daß mehrere Millionen Menschen jährlich zur Kur fahren (1975/76 5,5 Millionen, davon 3 300 000 Frauen, davon 10 % gynäkologische Patientinnen) (STOLL, 1980). Aufwand und Nutzen müssen demnach sorgfältig gegeneinander abgewogen werden.

Zahlreiche Versuche wurden unternommen, (BAATZ) Zusammenhänge über die Wirksamkeit zu erforschen, wobei in der Balneologie die Objektivierung aufgrund der vielen möglichen Einflußgrößen besonders schwierig ist. Eine erfolgreiche Rehabilitation im Rahmen der Bäderheilkunde ist von den gegebenen Voraussetzungen, die Art der Erkrankung, stattgehabte Operationen, Alter, Beruf und soziales Umfeld betreffen, abhängig.

Neben den eigentlichen Therapiemaßnahmen in den Kurkliniken spielen aber auch andere Faktoren eine große Rolle, die ihre Wirksamkeit beeinflussen können. Diesen Faktoren, die wir allgemein als "psychologische Faktoren" bezeichnen wollen, wurde bislang zu wenig Beachtung geschenkt. Es handelt sich dabei um die Trennung von der Familie, das Einfügen in eine neue Umgebung, die Befreiung von häuslichen und beruflichen Pflichten, die Gesellschaft fremder Menschen und besonders die Konfrontation mit dem eigenen Gebrechen als auch der Krankheit anderer Patientinnen,

die Einfluß auf körperliches und seelisches Befinden nehmen. Es lag daher nahe, die Frage nach einer Kurwirkung sowohl von der Seite der klinisch-therapeutischen und soziologischen Gegebenheiten als auch von der psychologischen Seite her anhand psychologischer Untersuchungsverfahren zu stellen.

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es 64 Kurkliniken zur Rehabilitation gynäkologischer Patientinnen (BAATZ). Diese Kliniken sind sowohl hinsichtlich der Auswahl der dort betreuten Patientinnen (LVA-, BfA- oder Privatpatientinnen, d.h. schwerpunktmäßig unterschiedliche soziale Schichten) als auch hinsichtlich ihrer Organisation und therapeutischen Maßnahmen (Sole-, Moortherapie) durchaus verschieden, wobei es allerdings noch keine systematische Dokumentation dieser klinikspezifischen Faktoren und ihrer Auswirkungen mit den von uns gewählten Methoden gibt.

Um eine möglichst repräsentative Darstellung gynäkologischer Rehabilitationsmaßnahmen zu erreichen, sollten zunächst drei verschiedene Kurkliniken beschrieben bzw. die Effektivität ihrer Arbeitsweise schrittweise untersucht werden.

Da in einer dieser Kliniken eine Untersuchung nicht möglich war, wurden nur die Kurklinik "Paracelsus", Bad Schwalbach, (Christa Smitka) und die "Kurkliniken Am Burggraben", Bad Salzuflen, (Heidi Schröder) in diese Statistik einbezogen.

Die Fragestellung und ihre orientierende Untersuchung bezog sich auf zwei Punkte:

1. Es sollte eine möglichst umfassende und repräsentative Dokumentation von Patientenmerkmalen, Organisation und Rehabilitationsmaßnahmen jeder der beiden Kliniken erfolgen mit dem Ziel eines Vergleichs sowie (bei eventuell sich ergebenden Differenzen) der Hypothesenbildung für die Erklärung möglicher Effektivitätsunterschiede.

2. Es sollte eine Abschätzung der Befindlichkeitsänderung im Verlaufe eines 4-wöchigen Kuraufenthaltes vorgenommen werden mit dem Ziel, eventuelle differentielle Effekte aufzuzeigen (Persönlichkeitsmerkmale, Klinikmerkmale, Befindlichkeitsaspekte). Hierzu sollte jeweils eine für die jeweilige Klinik typische Patientenstichprobe herangezogen werden.

Die Testergebnisse wurden unter vier Gesichtspunkten einer Varianzanalyse unterzogen, die es ermöglichte, die Frage nach einer Befindlichkeitsänderung während der Kur positiv zu beantworten.

Zusammenfassend ist es das Ziel dieser Arbeit, nach Beschreibung der Arbeitsweise zweier gynäkologischer Kurkliniken, die einander gegenübergestellt wurden, eine Aussage über den "Kurerfolg" mit Hilfe standardisierter, psychologischer Tests zu machen. Wir hoffen, in einigen Punkten zur Klärung des noch recht lückenhaften Wissens über Aufwand und Wirkung einer Kur beigetragen zu haben.

Univ. Gießen Bibl.

2. Methoden

2.1. Stichproben

Die Erhebung erfolgte im Herbst 1981 in den gynäkologischen Abteilungen der Kurklinik "Paracelsus", Bad Schwalbach (Klinik 1), und der "Kurkliniken Am Burggraben", Bad Salzuflen (Klinik 2).

Zur Beschreibung des repräsentativen Patientenkollektivs der Kliniken dienten 300 bzw. 304 der jeweils etwa 450 Patientinnen des Jahres 1980, aus deren Archivakten alle zugänglichen Daten entnommen wurden (s. Schlüssel, Anhang 2). Um trotz rationellen Arbeitens einen zeitlich gleichmäßig verteilten Überblick über die Jahresstichprobe zu gewährleisten, kam jedes dritte der chronologisch nach Aufnahmemonat geordneten Krankenblätter nicht zur Auswertung.

Während unseres 6-wöchigen Aufenthaltes im September und Oktober 1981 nahmen die jeweils 22 Patientinnen, die die aktuelle Untersuchungsstichprobe bildeten, an einer Kur teil. Die Untersuchung erfolgte mit Hilfe psychologischer Fragebögen und durch vollständige Sammlung aller entsprechenden Daten aus den Krankenakten.

2.2. Untersuchungsverfahren

Um das Datenmaterial aus den Krankenblättern einheitlich und erschöpfend zu erschließen, erarbeiteten wir vorab einen gemeinsamen Untersuchungskatalog (Anhang 1) anhand der zur Verfügung stehenden Literatur für gynäkologische Bäderheilkunde (BAATZ). Dieser Katalog sollte ermöglichen, die Daten schwerpunktmäßig unter vier Kategorien zusammenzufassen:

- Organisation des Kurbetriebes
- Soziales Profil des Patientenkollektivs
- Beschwerdeprofil und Operationen
- Therapie.

Die daraus gewonnenen Informationen fanden zur Beschreibung der Klientel der einzelnen Kliniken Verwendung und dienten gleichzeitig als Repräsentativitätsnachweis der aktuellen Stichprobe durch Vergleich mit der Archivstichprobe.

Für das psychologische Untersuchungsverfahren boten sich zwei Tests an, die "Eigenschaftswörterliste" (EWL) und das "Freiburger Persönlichkeitsinventar" (FPI).

1. EWL
   Um Veränderungen der Befindlichkeit während des 4-wöchigen Kuraufenthaltes zu prüfen, wurde als standardisiertes Verfahren die "Eigenschaftswörterliste" von JANKE u. DEBUS (1978) zweimal vorgegeben: am ersten Tag und (unabhängig von der Aufenthaltsdauer) nach vier Wochen.

Die EWL besteht aus den Subskalen:

- Aktiviertheit
- Desaktiviertheit
- Müdigkeit
- Benommenheit
- Extravertiertheit
- Introvertiertheit
- Selbstsicherheit
- Stimmung
- Erregtheit
- Empfindlichkeit
- Ärger
- Ängstlichkeit
- Deprimiertheit
- Verträumtheit

Aus ökonomischen Gründen wurde die Kurzform gewählt.

2. FPI

Das "Freiburger Persönlichkeitsinventar", hier in der Kurzform FPI-K vorgegeben (FAHRENBERG et al., 1978), diente zum einen der Prüfung, ob die Patientenstichproben hinsichtlich ihrer Persönlichkeitsstruktur Abweichungen von der Eichstichprobe zeigten. Hierzu wurde mit Hilfe des χ^2-Anpassungstests (LIENERT, 1973) für jede der neun FPI-Skalen geprüft, ob die beobachteten Verteilungen der Quartilwerte der Patientenstichproben mit der durch die Eichstichprobe vorgegebenen Quartil-Gleichverteilung übereinstimmten.

Zum anderen sollte anhand der FPI-Daten festgestellt werden, ob bestimmte Persönlichkeitseigenschaften den Kureffekt modifizieren könnten.
Da die FPI-N-Skala (Emotionale Labilität) aufgrund klinischer Erfahrungen und verschiedener empirischer Untersuchungen (z.B. HODAPP u. WEYER, 1975, 1977) gut geeignet ist, verschiedene Grade subjektiver Belastungszustände zu differenzieren, wurde sie ausgewählt, um die Patientenstichproben (halbiert am Median) in eine Gruppe "emotional labil" und eine Gruppe "emotional stabil" zu unterteilen. Dabei gingen wir von der Überlegung aus, daß eine psychisch stabile Patientin weniger emotionellen Schwankungen unterliegen würde als eine labile Persönlichkeit, also auch eine Kur weniger Wirkung zeigen müßte.

2.3. Durchführung

Den jeweils 22 Patientinnen wurden bei Antritt ihrer Kur ein FPI-K-Test und ein EWL-K-Test unter den entsprechenden Standardbedingungen vorgelegt. Der EWL-K-Test wiederholte sich nach 4-wöchigem Aufenthalt, unabhängig von der Gesamtdauer der Kur. Die Testbedingungen bestanden in:

- Freiwilligkeit der Teilnahme
- Schriftliche (Anhang 9) und mündliche Aufklärung der Patientinnen
- Ankreuzen der Fragebögen unter Aufsicht des ständig anwesenden Untersuchers.

2.4. Statistische Auswertung der Patientendaten

Wegen der hohen Anzahl von je 328 Einzeldaten aus insgesamt 648 Archivakten sowie aktuellen Krankenblättern erfolgte die Auswertung mittels Auszählung durch einen Computer der Firma HEWLETT-PACKARD im Rechenzentrum der Universitäts-Frauenklinik Düsseldorf.

Voraussetzung für die Eingabe in den Computer war die handschriftliche Zahlencodierung der erfaßten Parameter nach dem Schlüssel Anhang 2.

In Anlehnung an den bereits vorab nach Literatur erarbeiteten Katalog (s. Untersuchungsverfahren) formulierten wir die wichtigsten Fragestellungen zu den vier genannten Schwerpunkten (Fragenkatalog Anhang 3), um eine Kurklinik und deren Patienten möglichst treffend zu beschreiben.

Die Punkte: Lebensalter, Beruf, Familienstand, Kinderzahl, Beschwerden und Hysterektomien, vergleichend einander gegenübergestellt, sollten unsere jeweils 22 Patientinnen als typische Vertreterinnen der kurenden Frauen der jeweiligen Klinik ausweisen.

2.5. Statistische Auswertung der Befindlichkeitsdaten

Die Auswertung erfolgte anhand einer vier-faktoriellen Varianzanalyse:

- Emotionale Labilität (2) x
- Klinik (2) x
- EWL-Skala (14) x
- Zeit (2, Meßwiederholung).

Dieser Varianzanalyseplan erlaubte die Prüfung von Haupteffekten ebenso wie die angestrebte Prüfung von Wechselwirkungen, d.h. von differentiellen Effekten.

3. Ergebnisse

3.1. Bad Schwalbach (Klinik 1)

3.1.1. Beschreibung der Kurklinik "Paracelsus"

Bad Schwalbach ist ein bekanntes Heilbad für Herz- und Gefäßerkrankungen, Frauenleiden und rheumatische Erkrankungen. Kurmittel sind eisenhaltiger Säuerling, eisenhaltiger Magnesium-Calcium-Hydrogencarbonat-Säuerling für Trink- und Badekuren und Eisenmineralmoor für Moorbäder, -packungen und -kneten, das in Groß-Gerau gewonnen wird.

Die Kurklinik "Paracelsus" in Bad Schwalbach besitzt eine spezielle balneo-gynäkologische Abteilung mit 70 Betten. Die ärztliche Versorgung ist durch den Chefarzt der Abteilung und zwei Assistenzärzte gesichert.

Üblicherweise wird jede Patientin dreimal, zu Beginn, gegen Mitte und am Ende der Kur, gynäkologisch untersucht, falls keine besonderen Umstände eine häufigere Vorstellung erforderlich machen. Hinzu kommt eine wöchentliche Chefarztvisite.

Neben der gynäkologischen Grunduntersuchung bei der Aufnahme bestehen noch zusätzliche diagnostische und therapeutische Möglichkeiten. Dazu gehören gynäkologische Krebsvorsorge- und cytologische Untersuchungen, Vaginalsmearabnahmen, Postkoitaltests, Farnkrauttests, Endometriumcytologie und Hystero-Salpingographien sowie Kolposkopien und Cystoskopien. Schließlich steht ein Infrarotkoagulator für die ambulante Sanierung abgeklärter, gutartiger Veränderungen und Blutungen der

Portio zur Verfügung. Weitere therapeutisch-gynäkologische Eingriffe, die vielleicht denkbar wären, werden nicht durchgeführt. Diese bleiben nach der dort vertretenen Auffassung besser den Akutkrankenhäusern überlassen.

Für jede Patientin wird grundsätzlich zu Kurbeginn eine BSG, ein kleines Blutbild und eine Urinuntersuchung angefordert. Diese Laborwerte sind als Screening-Untersuchungen zum Ausschluß akut-entzündlicher Erkrankungen sinnvoll, da diese als Kontraindikationen für die Durchführung einer Kur gelten. (BAATZ)

Bei über der Hälfte der untersuchten Patientenakten (159 von 300) fanden sich noch zusätzlich bestimmte Laborparameter, die das internistische Spektrum der Laboratoriumsdiagnostik mitumfaßten. Auch röntgenologisch kann im Bedarfsfall, der jedoch selten eintritt, auf ein breites diagnostisches Angebot zurückgegriffen werden. Konsiliarische Untersuchungen durch die internistische Abteilung im Hause sind jederzeit möglich.

Für eine eingehende psychologische Betreuung steht ein Diplompsychologe zur Verfügung. Seine Hilfe kann unter folgenden Gesichtspunkten in Anspruch genommen werden:

1. Als beratendes Einzelgespräch zur Abklärung der Ätiologie einer psychischen Störung sollen diese Begegnungen therapieaufschließend wirken. Auch können sich Hinweise darauf ergeben, daß eine tiefenpsychologische Fortführung der Behandlung nach der Kur notwendig ist. Die Häufigkeit dieser Gespräche ist individuell von der Patientenmotivation und der Art der psychischen Störung abhängig.

2. Als Kurzpsychotherapie mit der Tagtraumtechnik als Therapie im Einzelgespräch dient das Katathyme Bilderleben in Anlehnung an die Psychoanalyse. Dieses Verfahren ist als Kurztherapie für die Dauer einer Kur geeignet.

3. Zu den angebotenen Entspannungsmethoden gehören das Autogene Training und das Respiratorische Biofeedback (RFB) mit folgenden Indikationen:(1)

   - Nervöse Störungen, Unruhe, Angst, Spannung, Schlaflosigkeit.
   - Funktionale und organneurotische bzw. neurovegetative Symptome an Herz, Kreislauf, Magen-Darmtrakt, Respirationstrakt, motorischem System und den weiblichen Genitalorganen.
   - Psychosomatische Erkrankungen wie Gastritis, Asthma bronchiale, essentielle Hypertonie und ähnliche.

   Speziell für das Respiratorische Biofeedback gelten außerdem folgende Indikationen:(1)

   - Psychoneurosen wie Phobien, Angstneurosen und Streßreaktionen.
   - Streßprophylaxe bei psychosozialer Überbeanspruchung.
   - Einschränkung des Verbrauchs von Sedativa und Tranquilizern zur Vermeidung von Mißbrauch.
   - Behandlung im Vorfeld der Psychotherapie.

(1) Informationen über Indikationen der Psychotherapie stammen von dem in der Kurklinik "Paracelsus" tätigen Diplompsychologen.

Pflegerisch werden die Patientinnen von 2 Krankenschwestern betreut. Auch nachts ist immer eine Pflegeperson anwesend.

3 Köche und 2 Diätassistentinnen sorgen für die Verköstigung und Durchführung ärztlicherseits angeordneter Diätmaßnahmen. Dazu gehören:

- Schonkost für Magen, Galle, Darm, Herz, cholesterin- und purinarme Kost.
- Reduktionskost mit Nulldiät, 600, 1000 und 1500 kcal.
- Diabeteskost mit errechneten BE.
- Aufbaukost, angereichert mit Eiweiß und Kohlehydraten und Zwischenmahlzeiten.
- Ballaststoffreiche Ernährung zur Verdauungsförderung.

Das Badepersonal besteht aus 4 medizinischen Bademeistern und Masseuren, 2 Krankengymnastinnen, einigen Praktikanten und einer Badefrau.

3.1.2. Die balneotherapeutischen Einrichtungen

Zu den in der Kurklinik "Paracelsus" angewendeten Maßnahmen gehören folgende Balneotherapieformen:

- Moortherapie

  Anwendungsformen:

  - Vollbad
  - Halbbad
  - Höschen
  - Teilpackung
  - Moorkneten
  - Lehmwickel

  Die Anwendungen erfolgen in der Regel dreimal pro Woche. Der Temperaturbereich der Moorbäder liegt zwischen 30° und 45° C bei einer Dauer von 20 Minuten, falls keine kreislaufbedingten Nebenwirkungen eintreten, die zum Abbruch zwingen. (BAATZ)

  Indikationen für die Moortherapie sind nach BAATZ:

  - Chronische Entzündungen des Genitalbereiches
  - Vegetative und generative Ovarialinsuffizienz
  - Sterilität (nach 2-jähriger steriler Ehe)
  - Habitueller Abort
  - Genitale Entwicklungshemmungen und -störungen in der Pubertät
  - Dysmenorrhoe (schwere Formen)
  - Vaginaler und cervikaler entzündlicher Fluor (bei schweren Rezidiven)
  - Altersatrophie
  - Pruritus vulvae
  - Allergosen auf Hormonmangelbasis

- Orthopädische Leiden in der Gynäkologie, insbesondere Kreuzschmerzen, LWS-Syndrom, Osteoarthropathie
- Klimakterium (psychosomatisch, neurovaskulär), insbesondere pathologisches Frühklimakterium
- Postoperative Behandlung von Verwachsungsbeschwerden und Adhäsionsprophylaxe bei Sterilitätsoperationen
- Libidinöse Funktionsstörungen, speziell Orgasmusstörungen

Als Kontraindikationen müssen beachtet werden: (BAATZ)

- Alle akut entzündlichen und die meisten subakuten Fälle
- Endometriose
- Juvenile Blutungen
- Gravidität und Genitaltuberkulose
- Meno- und Metrorrhagien, insbesondere beim Myom
- Tumoren, Ovarialtumoren, maligne Tumoren, insbesondere auch größere zystische Tumoren
- Neurovegetative Störungen des kleinen Beckens

- Soletherapie

Die 2 %ige Sole wird durch Salzzusatz künstlich hergestellt.

Die Solebäder erfolgen dreimal pro Woche, bei gleichzeitiger Moortherapie zweimal pro Woche. Ihre Temperatur beträgt 34° bis 36° C, ihre Dauer liegt ansteigend zwischen 8 und 20 Minuten, je nach Verträglichkeit.

Die Indikationen zur Soletherapie sind weitergefaßt als zur Moortherapie, jedoch müssen auch hier einige Kontraindikationen berücksichtigt werden.

Indikationen:

- Neurovegetative Störungen der Frau unter besonderer Berücksichtigung des Genitalbereiches
- Psychogene Amenorrhoe
- Hypermenorrhoe
- Dysmenorrhoe
- Psychogene Stoffwechselstörungen
- Funktionelle Sterilität
  (Tuben- und uterine Spasmen)
- Zervikale Hypersekretion
- Präoperative Kräftigungskuren
- Postoperative Rekonvaleszenzkuren
- Rehabilitationskuren
- Prophylaktische Kuren zur Gesundheitserhaltung
- Klimakterische Beschwerden,
  wenn ovarielle Stimulation nicht mehr sinnvoll ist
- Deszensus, Zystozele, Rektozele,
  Blaseninkontinenz Stadium I
  leichtere Formen
- Portioerosionen
- Kraurosis vulvae und Altersatrophie (BAATZ)

Kontraindikationen:

- Myome, maligne Tumoren
- Akute und subakute Entzündungen
- Endometriose
- Zervikale Hypersekretion
- Gravidität (BAATZ)

- CO_2-Stahlbäder

  Indikationen:

  - Allgemeine Roborierung
  - Blutdruckschwankungen
  - "zum Wohlfühlen"

  (Temperatur, Häufigkeit und Dauer siehe Soletherapie)

- Medizinische Bäder mit Brom oder Brom-Baldrian

  Indikationen:

  - Zur Beruhigung bei vegetativer Dystonie und Schlafstörungen

  (Temperatur,Häufigkeit und Dauer siehe Soletherapie)

- Hydrotherapie

  Anwendungsformen:

  - ansteigende Fußbäder
  - ansteigende Armbäder
  - Kneipp-Anwendungen
  - Wassertreten

  Die Anwendungen erfolgen täglich und dienen der Durchblutungsförderung und allgemeinen Roborierung.

- Krankengymnastik, Bewegungsbäder und Gerätetraining

  Anwendungsformen:

  - Gruppengymnastik/ -bewegungsbad
  - Einzelgymnastik/ -bewegungsbad
  - Atemgymnastik
  - Venengymnastik

- Beckenbodengymnastik
- Ergotraining
- Dynavittraining

Indikationen:

- Rheumatische Beschwerden
- WS-Syndrome
- Adipositas
- Postoperative Behandlung nach Ablatio mammae
- Varizen und Gefäßleiden
- Senkungsbeschwerden
- Nachbehandlung nach Unterleibsoperationen

- Massagen

Anwendungsformen:

- Teilkörpermassagen
- Ganzkörpermassagen
- Bindegewebsmassagen
- Lymphdrainage
- Unterwassermassage / Stangerbad

Indikationen:

- WS-Syndrome
- Rheumatische Beschwerden
- Ovarialinsuffizienz
- Postoperative Behandlung nach Ablatio mammae

- Elektrotherapie

Anwendungsformen:

- Kurzwellen
- Mikrowellen
- Siretherm

Indikationen:

- Gelenkbeschwerden
- Rheumatische Beschwerden
- Muskelverspannungen
- WS-Syndrome

- Nemectrodyn

Indikationen:

- Nachsorge nach Unterleibsoperationen und Erkrankungen
- Obstipation

- Inhalationen

Indikationen:

- Atemwegserkrankungen

Weiterhin können freiwillig Trinkkuren und klimatische Kuren von den Patientinnen durchgeführt werden.

3.1.3. Auswertung der Daten des Archivkollektivs

Organisation des Kurbetriebs

Von den 300 Patientinnen des untersuchten Patientenguts 1980 befanden sich 251 (84 %) zu einem vierwöchigen Aufenthalt in der Kurklinik "Paracelsus". 13 Patientinnen (4 %) bekamen eine Kurverlängerung um eine Woche, 36 (12 %) eine Verlängerung um zwei Wochen. (Abb. 1). Insgesamt wurde in knapp einem Sechstel der Fälle die Kur verlängert. Bei diesen Patientinnen waren Mamma- und Unterleibskarzinome (26 %) sowie Sterilitätsprobleme (14 %) anamnestisch doppelt so häufig angegeben wie beim Gesamtkollektiv mit 13 % und 7%. (siehe auch Abb. 6).
Für 184 (61 %) Patientinnen war dies ihr erster Kuraufenthalt, während 48 (16 %) bereits eine und 68 (23 %) schon mehrere Kuren absolviert hatten. (Abb. 2).

Von der Möglichkeit einer gynäkologischen Krebsvorsorgeuntersuchung während der Kur machten 113 (38 %) der Frauen Gebrauch, wobei 2,3 % zweifelhafte bis positive Fälle entdeckt wurden (nach Chefarzt Dr. Wieck).

Die Verteilung der Altersgruppen bewegte sich zwischen 18 und 60 Lebensjahren, wobei jedoch nur 2 Frauen in der Gruppe bis 20 Jahre und 16 in der Gruppe von 21 - 25 Jahren vertreten waren. Ein deutlicher Häufigkeitsgipfel zeigte sich bei den 36 - 45-Jährigen, die mit 107 Patientinnen über ein Drittel der Untersuchungsgruppe einnahmen. Die 51 - 55-Jährigen (13 %) waren nur geringgradig häufiger vertreten als die restlichen in Fünferstufen eingeteilten Altersgruppen, die sich mit etwa 11 % pro Gruppe gleichmäßig verteilten. (Abb. 3).

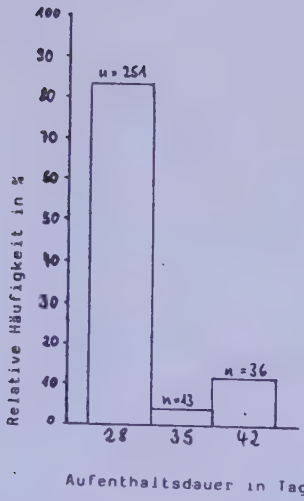


Abb. 1 Prozentuale Verteilung der Aufenthaltsdauern in Tagen
N=300 Klinik 1

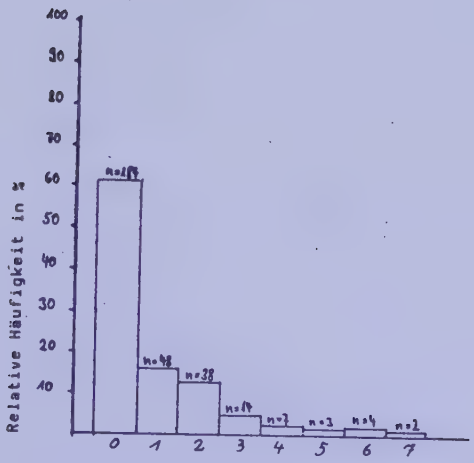


Abb. 2 Prozentuale Verteilung vorangegangener Kuren
N=300 Klinik 1

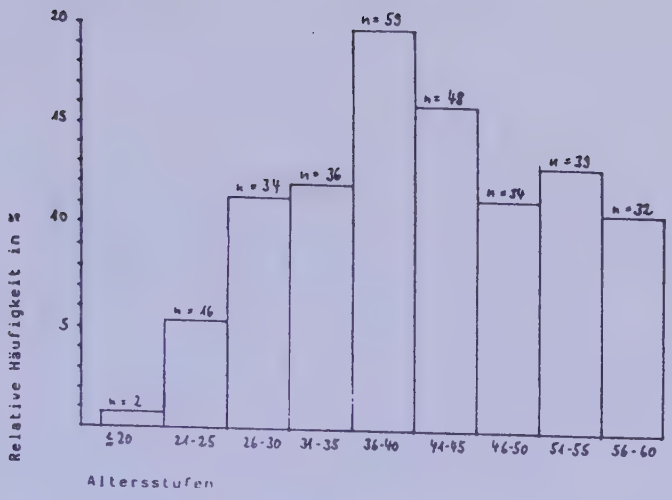


Abb. 1 Prozentuale Altersverteilung
N=300 Klinik 1

Tab. 1 Aktueller Familienstand zur Zeit der Kur.
N=300 .Klinik 1

Familienstand	Anzahl	Prozent
ledig	35	12
verheiratet	199	66
geschieden	41	14
getrennt lebend	7	2
verwitwet	18	6
gesamt	300	100

Soziales Profil des Patientenguts

Verheiratet waren insgesamt 199 (66 %) der Frauen, der aktuelle Familienstand aller übrigen ist untenstehender Tabelle zu entnehmen. (Tab. 1).
Auffällig war der hohe Anteil der kinderlosen Frauen, die mit 117 gut 39 % des Patientenguts ausmachten. Zu ihnen gehörten zwar auch diejenigen aus jüngeren Altersstufen, die mit einer primären Sterilität zur Aufnahme kamen, jedoch waren dies weniger als 20 Patientinnen.
Ein Kind hatten etwa 32 %, mehr als ein Kind 29 % der Frauen geboren.(Abb. 4).
Fehlgeburten waren insgesamt bei 68 (23 %) in der Vorgeschichte zu finden. (Abb. 5).

Von den Kurteilnehmerinnen waren 89 % zur Zeit der Kur berufstätig, entsprechend ihrer Rentenversicherungszugehörigkeit hauptsächlich auf dem Bürosektor im Angestelltenverhältnis. Alle übrigen waren Hausfrauen oder Rentnerinnen. (Tab. 2).

Beschwerdeprofil und Operationen

Bei fast allen Frauen waren mehrere verschiedene Erkrankungen oder Beschwerdebilder zu erfassen; es traten jedoch die im folgenden genannten Gründe für einen Kuraufenthalt in den Vordergrund (Abb. 6):

- Zustand nach Unterleibs-OP
- Sonstige Beschwerden
- Unterleibs-Ca
- Sterilität
- Mamma-Ca
- Mamma- und Unterleibs-Ca

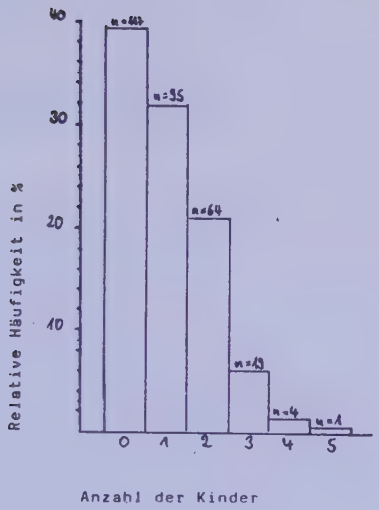


Abb. 4 Prozentuale Verteilung der Kinderzahl
N=300 Klinik 1

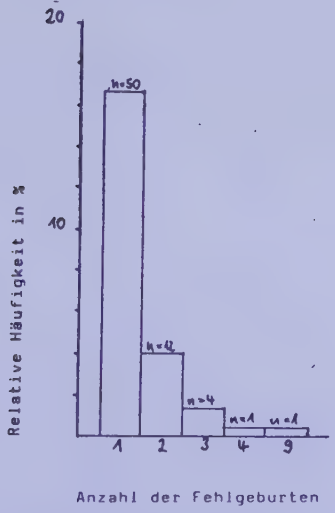


Abb. 5 Prozentuale Verteilung der Fehlgeburten
N=300 Klinik 1

Tab. 2 Einteilung der Berufe
N=300 Klinik 1

(Siehe auch Anhang 5, Zusammenstellung der Berufsgruppen)

Berufsgruppen	Anzahl	Prozent
Hausfrau	32	11
Rentnerin	1	0
Anlernberuf	6	2
Gewerbl.-techn. Ausbildung	0	0
Medizin.-sozial-pädag. Ausb.	26	9
Höher qualif. Bürotätigkeit	152	51
Sonstige Bürotätigkeit	12	4
Verkäuferin	46	15
Leitende Tätigkeit	7	2
Akademische Ausbildung	6	2
Sonstige	12	4
Gesamt	300	100

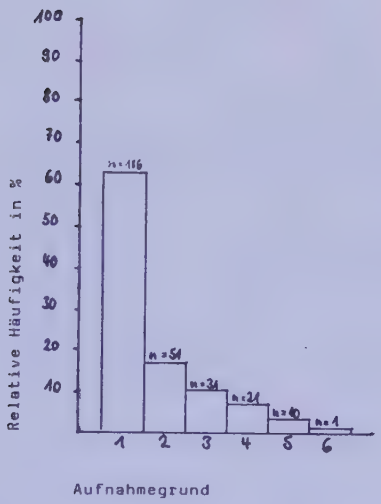


Abb. 6 Prozentuale Verteilung der Aufnahmegründe
N=300 Klinik 1

Legende:

1 = Zustand nach Unterleibs-OP
2 = Sonstige Beschwerden
3 = Unterleibs-Ca
4 = Sterilität
5 = Mamma-Ca
6 = Mamma- und Unterleibs-Ca

Ins Auge stechend ist die ausnehmend hohe Zahl der unterleibsoperierten Patientinnen, die sich noch dadurch erhöht, daß auch in den fünf anderen Gruppen Patientinnen mit Zustand nach Unterleibs-OP zu finden sind und ihre Zahl sich somit auf 217 (72 %) beläuft.

Bei der Betrachtung der Diagnosen und Beschwerdebilder war eine Vielfalt von Symptomen und Erkrankungen aus den Bereichen der Gynäkologie und der Inneren Medizin zu finden, deren Schweregrad sowohl innerhalb der Gruppen als auch bei den Gruppen untereinander einer unterschiedlichen Bewertung bedarf. Eine solche ist jedoch anhand von Krankenblattdaten nicht durchführbar, und es muß hier darauf verzichtet werden. Einen guten Überblick über das Beschwerdeprofil des Krankengutes gewährt jedoch die Einteilung nach der Häufigkeit des Auftretens der einzelnen Beschwerdebilder. (Abb. 7).

Ein großer Teil der Patientinnen klagte über Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule, über Muskel-, Gelenk- oder rheumatische Erkrankungen. (Siehe auch Anhang 6 zu den einzelnen Beschwerdegruppen).
Da schon in der gynäkologischen Sprechstunde jede dritte bis vierte Frau Kreuzschmerzen angibt,(BAATZ), weist das Auftreten bei fast zwei Dritteln (190) der Kurteilnehmerinnen auf eine Häufung dieser Symptome und Erkrankungen im balneologischen Patientengut hin. Zudem fallen diese Beschwerdebilder sowohl in den Indikationsbereich für Moor- und Soletherapie, Krankengymnastik und Massagen als auch in den Bereich der Psychotherapie und Diätetik. (BAATZ).

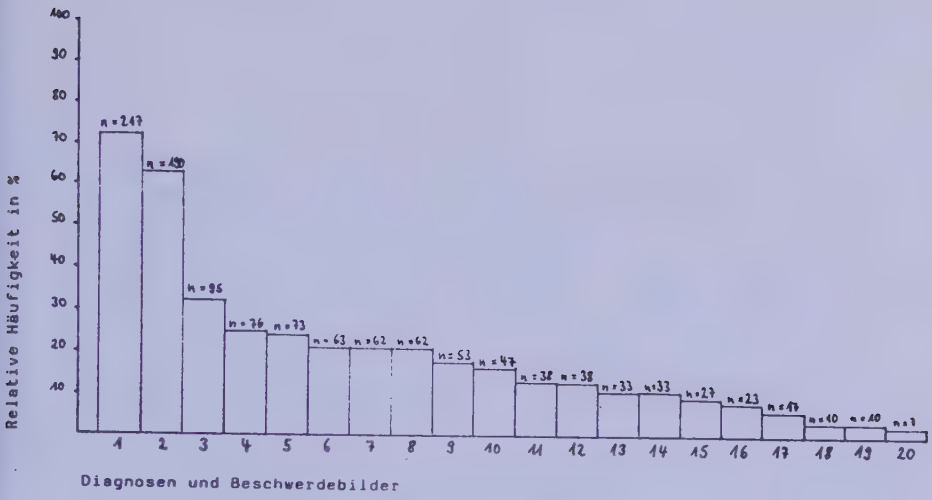


Abb. 7 Prozentuale Verteilung der Diagnosen und Beschwerdebilder, nach Häufigkeit geordnet
N=300 Klinik 1

Legende:

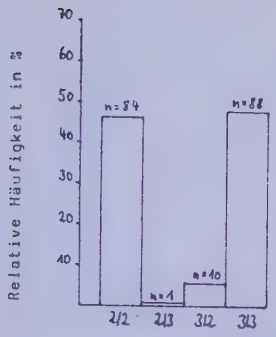
1 = Zustand nach Unterleibs-OP mit Malignomen
2 = Wirbelsäulensyndrome, Muskel-, Gelenk- und rheumatische Beschw.
3 = Blutdruckstörungen (Hypertonie, Hypotonie, labiler Kreislauf)
4 = Unterleibserkrankung
5 = Psycho-vegetatives Syndrom
6 = Adipositas
7 = Kopfschmerzen
8 = Hormonelle Ausfallserscheinungen
9 = Varizen
10 = Erschöpfungszustand
11 = Gestörter Schlaf
12 = Hitzewallungen
13 = Unterleibsbeschwerden
14 = Nervosität
15 = Herzbeschwerden
16 = Obstipation
17 = Depressionen
18 = Mamma-Ca
19 = Harninkontinenz
20 = Angstzustände

(Mehrfachklassifikation möglich. Zufallsstichprobe aus N=455
des Aufnahmejahrgangs 1980)

Bei Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Nervosität, Depressionen und Angstzuständen soll nach dem Behandlungskonzept der Klinik so weit wie möglich auf eine Therapie mit Sedativa, Tranquilizern und Psychopharmaka verzichtet werden. Statt dessen wurde versucht, durch die Methoden der kleinen Psychotherapie (Autogenes Training, Respiratorisches Biofeedback) sowie durch Baldrian, Eukliman^{R} und/oder medizinische Bäder mit Baldrian oder Brom-Baldrian eine ausreichende Besserung der Symptomatik zu erzielen. Die hormonellen Ausfallserscheinungen der Frau mit Karzinom in der Vorgeschichte und Kontraindikation zur Hormontherapie sowie das psycho-vegetative Syndrom wurden häufig mit Eukliman^{R} behandelt, einem pflanzlich chemischen Kombinationspräparat, das sich seit langem im Handel befindet. (WIECK, W.P. und SCHMIDT-MODROW, G.)

Diejenigen Erkrankungen, deren Behandlungsergebnisse in den BFA-Entlassungsbögen verzeichnet waren, werden im folgenden betrachtet. (Abb. 8).
Die verschlüsselten Angaben enthalten zwei Zahlen, wobei der objektive Befund vom behandelnden Kurarzt erhoben wurde (erste Zahl), während die subjektive Bewertung durch die betreffende Patientin erfolgte. (zweite Zahl).
Da in einigen Fällen wegen der Multimorbidität der Patientin einzelne Diagnosen in der Beurteilungsskala nicht mehr bewertet waren, lag meistens die Gesamtzahl der Angaben über das Auftreten höher als die Zahl der Angaben über die Besserung der Symptomatik. Wie den Diagrammen zu entnehmen ist, lag der Anteil der wesentlich gebessert und gebessert (1/1 und 2/2 beurteilt) erscheinenden Erkrankungen bei den WS-Syndromen, Unterleibserkrankungen, psycho-vegetativen Syndromen, hormonellen Ausfallserscheinungen und der

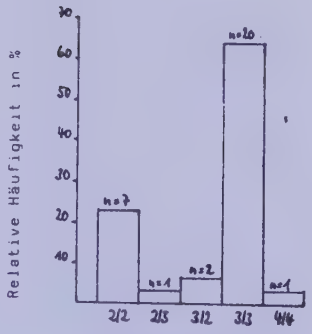
Zustand nach Unterleibs-OP
ohne Malignom-OP.



Behandlungsergebnisse obj./subj.

Angabe der Behandlungsergebnisse
in 183 von 186 Fällen (98,4%).

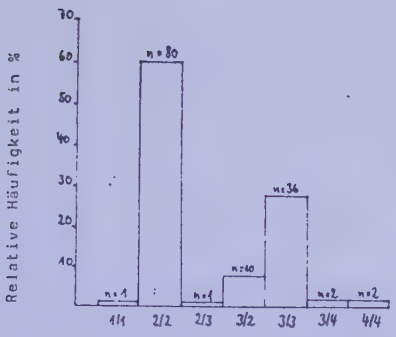
Zustand nach Malignom-OP
bzw. Bestrahlung



Behandlungsergebnisse obj./subj.

Angabe der Behandlungsergebnisse
in 31 von 31 Fällen (100%).

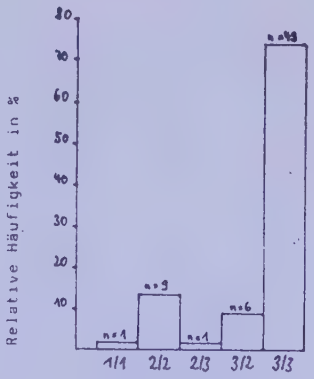
WS-Syndrome



Behandlungsergebnisse obj./subj.

Angabe der Behandlungsergebnisse
in 132 von 190 Fällen (69,5%).

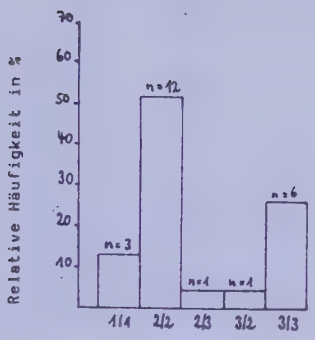
Hypotonie



Behandlungsergebnisse obj./subj.

Angabe der Behandlungsergebnisse
in 66 von 66 Fällen (100%).

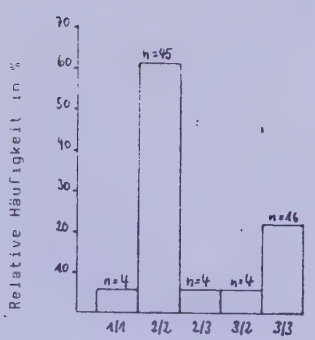
Hypertonie



Behandlungsergebnisse obj./subj.

Angabe der Behandlungsergebnisse in 23 von 26 Fällen (88,5%)

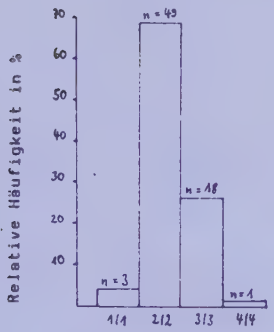
Unterleibserkrankung



Behandlungsergebnisse obj./subj.

Angabe der Behandlungsergebnisse in 73 von 76 Fällen (96%).

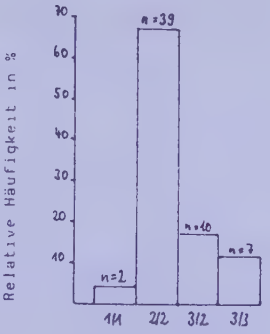
Psycho-vegetatives Syndrom



Behandlungsergebnisse obj./subj.

Angabe der Behandlungsergebnisse in 71 von 73 Fällen (97,3%).

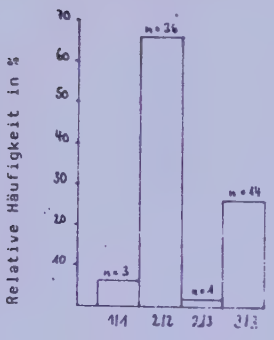
Adipositas



Behandlungsergebnisse obj./subj.

Angabe der Behandlungsergebnisse in 58 von 63 Fällen (92%).

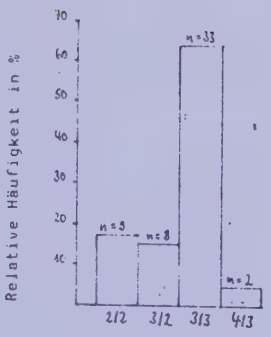
Hormonelle Ausfallserscheinungen



Behandlungsergebnisse obj./subj.

Angabe der Behandlungsergebnisse in 54 von 62 Fällen (87%).

Varizen



Behandlungsergebnisse obj./subj.

Angabe der Behandlungsergebnisse in 52 von 53 Fällen (98%).

Abb. 8 Objektive und subjektive Beurteilung der Behandlungsergebnisse. Die objektive Beurteilung erfolgt durch den behandelnden Kurarzt, die subjektive Beurteilung durch die Patientin.
x/y : objektives/subjektives Behandlungsergebnis

Legende:
1 = wesentlich gebessert
2 = gebessert
3 = unverändert
4 = verschlechtert

(Entnommen aus der Beurteilungsskala der BFA).

Adipositas bei 60 bis über 70 %. Die Hypertonie, die 13 % wesentlich gebesserte (1/1) und 52 % gebesserte (2/2) Symptomatik aufwies, stand im Gegensatz zur Hypotonie, die in 74 % der Fälle unverändert (3/3) bei Antritt und Ende der Kur bestand.
Ebenso zeigte die Varikosis in der Mehrzahl der Fälle (64 %) eine unveränderte Symptomatik. Die Zahl der gebesserten (2/2) und unveränderten (3/3) Fälle bei Zustand nach Unterleibs-OP ohne Malignome hielt sich mit 46 und 48 % etwa die Waage. Dagegen fand sich bei Zustand nach Unterleibsmalignom-OP bzw. Bestrahlung nur bei 23 % eine Besserung (2/2), während 64 % unveränderte (3/3) Beschwerden hatten.

An dieser Stelle wäre zu erwähnen, daß die Behandlungsmöglichkeiten der krebskranken Frau im Heilbad seit Ende 1981 in der Kurklinik "Paracelsus" durch das AHB-Verfahren (Anschlußheilbehandlungen) ergänzt worden ist. Dieses beinhaltet die lückenlose Übernahme der Patientinnen spätestens zwei Wochen nach der Primärbehandlung und gegebenenfalls die Fortführung adjuvanter Therapieformen.

Weder objektiv noch subjektiv beurteilbar bei Kurentlassung war das Behandlungsergebnis der Patientinnen mit Kinderwunsch, die mit knapp 6 % (17) im Untersuchungskollektiv vertreten waren. Es muß hier auf die Literatur verwiesen werden, wobei nach BAATZ Schwangerschaftserfolge bei tubaren Entzündungen der über zwei Jahre steril verheirateten Frauen nach 3 Moorkuren in 27 % der Fälle eintraten. (BAATZ).

262 (87 %) Patientinnen waren vor der Kur bereits mindestens einmal gynäkologisch operiert, davon allein 187 (62 %) hysterektomiert worden. Bei Zustand nach Hysterektomie bestand in über der Hälfte der Fälle eine einseitige oder beidseitige Adnektomie. (Tab. 3). In den Akten waren bei einigen Patientinnen keine Gründe für die Hysterektomie verzeichnet, bei anderen lagen mehrere der aufgeführten Ursachen vor. So ist untenstehende Tabelle (Tab. 4) nur als grober Überblick über die Ursachen der Hysterektomie zu werten. Etliche kleinere oder seltenere Eingriffe waren ebenfalls zu verzeichnen, bei einigen Patientinnen auch in größerer Anzahl, so daß die Gesamtzahl der durchgeführten Operationen höher liegt als die Zahl der Patientinnen. (Tab. 3). 9 Patientinnen kamen mit Zustand nach Ablatio mammae zur Kur, eine nach subkutaner Mastektomie, 16 hatten Probeexzisionen aus der Brust in der Vorgeschichte.
In insgesamt 32 Fällen (14% aller gynäkologisch operierten Patientinnen) waren Komplikationen nach der Operation aufgetreten.

17 % der operierten Frauen kamen im gleichen Jahr zur Kur. 47 % waren im Jahr zuvor operiert worden. Bei den übrigen lag die letzte gynäkologische Operation vor der Kur noch weiter zurück. (Tab. 5).

Therapie

Die Therapie umfaßt die oben bereits aufgeführten Maßnahmen. Die Häufigkeit ihrer Verordnung ist Tabelle 6 zu entnehmen. Mit Hormonen wurden während der Kur 98 Patientinnen (32 %) behandelt, worunter aber auch die Einnahme der hormonalen Kontrazeptiva fiel.

Tab. 3 Einteilung der Unterleibsoperationen
N=300 Klinik 1

(Siehe dazu auch Anhang 7, Operationen: Arten und Ursachen)

Art der Operation	Anzahl	Prozent
Hysterektomien gesamt	187	62
Hysterektomie u. 1 Adnexe	36	12
Hysterektomie u. 2 Adnexen	78	26
Hysterektomie ohne Adnexe	73	24
Einseitige Adnektomie	24	8
Beidseitige Adnektomie	4	1
Konisation	13	4
Senkungs-OP	53	18
Inkontinenz-OP	32	11
Abrasio	57	19
Sterilisation	19	6
Sterilitätserkennung u. -behebung	21	7
Laparoskopie	30	10
Sectio	6	2

Tab. 4 Ursachen der Hysterektomien
N=180 Klinik 1

Art der Ursache	Anzahl	Prozent
Blutungen	20	11
Lageanomalien	27	15
Entzündungen	3	2
Gutartige Tumoren	84	47
Präkanzerosen	15	8
Karzinome	18	10
Sonstige	13	7
Gesamt	180	100

Tab. 5 Jahr der letzten gynäkologischen Operation vor der Kur.
N=262 Klinik 1

Jahr der Operation	Anzahl	Prozent
1980	44	17
1979	124	47
1978	23	9
1977	20	8
vor 1977	51	19
Gesamt	262	100

Tab. 6 Therapie während der Kur
N=300 Klinik 1

Anwendungsart	Anzahl	Prozent
Diät gesamt	156	52
Schonkost (Magen, Galle, Leber)	25	8
Reduktionskost	116	39
Diabeteskost	4	1
Aufbaukost	11	4

Anwendungsart	Anzahl	Prozent
Moor Vollbäder	73	24
Moor Halbbäder	95	32
Moor Höschen	62	21
Moor Teilpackungen	17	6
Moor Kneten	6	2
Lehmwickel	14	5
Sole 2%	85	28
CO_2-Stahlbad einfach	39	13
CO_2-Stahlbad m.V.	199	66
Baldrianbäder	28	9
Brom-Baldrianbäder	10	3
Ansteigende Fußbäder	0	0
Ansteigende Armbäder	20	7
Wechselduschen	18	6
Wassertreten	45	15
Sauna	13	4
Schwimmen	214	71
Krankengymnastik	208	69
Atemgymnastik	37	12
Venengymnastik	44	15
Beckenbodengymnastik	25	8
Bewegungsbäder	150	50
Ergotraining	19	6
Dynavittraining	7	2
Massagen	281	94
Unterwassermassagen	0	0
Elektrotherapie	46	15
Inhalationen	58	19

Zur leichten Sedierung oder als Ausweichmöglichkeit gegenüber der Hormontherapie erhielten 43 Patientinnen (14 %) Eukliman^{R}. Die Möglichkeit psychotherapeutischer Gespräche nahmen 49 Frauen (16 %) in Anspruch, am Autogenen Training beteiligten sich 53 Frauen (18 %).

3.1.4. Stichprobenrepräsentativität

Um eine Aussage über die Vergleichbarkeit der aktuellen Stichprobe von 22 Patientinnen und der Archivstichprobe (N = 300) treffen zu können, sollen im folgenden einige geeignete Daten einander gegenüber gestellt werden.
Die Abb. 9 zeigt die nebeneinander projezierte prozentuale Altersverteilung beider Stichproben. Abweichungen zeigen vor allem die drei Säulen der 41 - 55-Jährigen, ebenso fehlen die unter 20- und die über 55-Jährigen bei der kleineren Stichprobe, eine Tatsache, die mit großer Wahrscheinlichkeit durch die unterschiedlichen Stichprobenumfänge erklärbar ist. Schwerpunktmäßig ergibt sich jedoch keine grob anders gelagerte Altersverteilungskurve.

Bei der vergleichenden Betrachtung der Berufsgruppen (Abb. 10) weisen beide Kollektive einen Häufigkeitsgipfel bei höher qualifizierten Bürotätigkeiten auf. Berufsgruppen mit medizinisch-sozial-pädagogischer Ausbildung, höher qualifizierte und sonstige Bürotätigkeiten sowie Verkäuferinnen sind beide Male die häufigst vertretenen.

Die Vergleichsabbildung "Familienstand" (Abb. 11) ergibt ähnliche Häufigkeitstendenzen bei beiden Gruppen, die Zahl der Frauen ohne Kinder bzw. mit einem Kind zeigt prozentual in hohem Maße Übereinstimmung. (Abb. 12).

Insgesamt betrachtet, unter Berücksichtigung des geringeren Umfangs der aktuellen Stichprobe, kann man davon ausgehen, daß es sich um zwei sehr ähnlich strukturierte Patientenkollektive handelt.

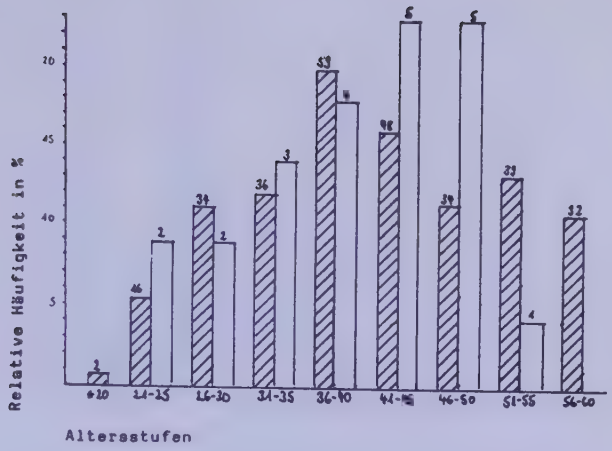


Abb. 9 Prozentuale Altersverteilung
Kontrollgruppe N=300 (gestrichelt)
Stichprobe N=22

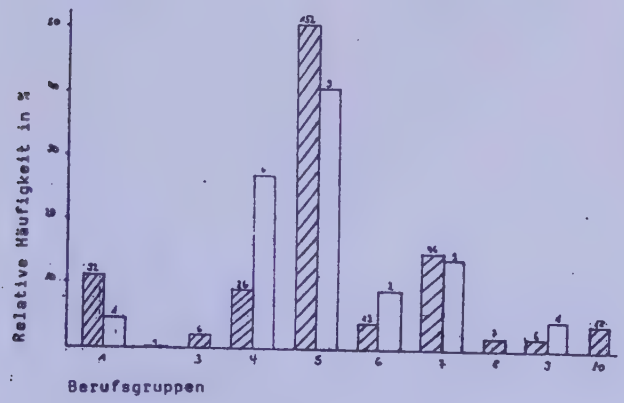


Abb. 10 Einteilung der Berufe
Kontrollgruppe N=300 (gestrichelt)
Stichprobe N=22

1=Hausfrau
2=Rentnerin
3=Anlernberuf
4=Medizin.-sozial-päd. Ausb.
5=Höher qualif. Bürotätigk.
6=Sonstige Bürotätigkeit
7=Verkäuferin
8=Leitende Tätigkeit
9=Akademische Ausbildung
10=Sonstige Berufe

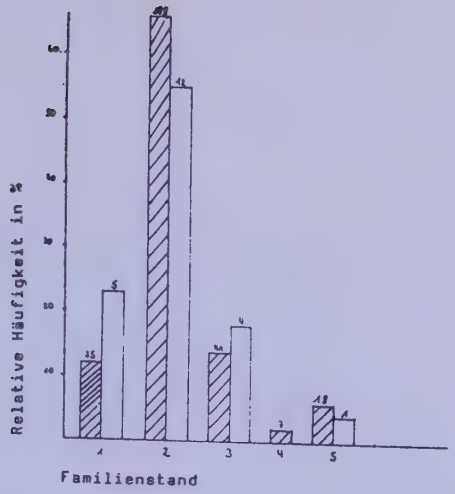


Abb. 11 Aktueller Familienstand zur Zeit der Kur

Kontrollgruppe N=300 (gestrichelt)

Stichprobe N=22

1=ledig
2=verheiratet
3=geschieden
4=getrennt lebend
5=verwitwet

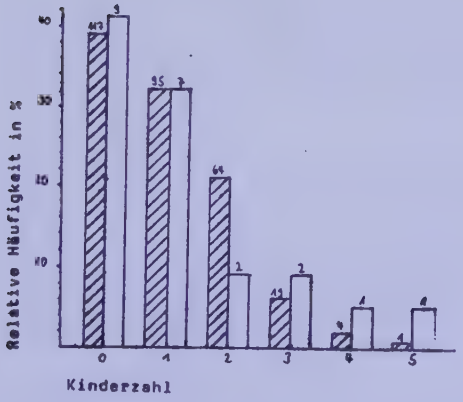


Abb. 12 Prozentuale Verteilung der Kinderzahl

Kontrollgruppe N=300 (gestrichelt)

Stichprobe N=22

3.2. Bad Salzuflen (Klinik 2)

3.2.1. Beschreibung der "Kurkliniken Am Burggraben"

Nahe Bielefeld liegt das Staatsbad Salzuflen, eine Kleinstadt an den Ausläufern des Teutoburger Waldes. Aufgrund seiner schönen Umgebung und seiner Solequellen eignet sich Bad Salzuflen vorzüglich für einen Kuraufenthalt, denn die bädertherapeutischen Anwendungen sollen durch Ruhe und Entspannung der Patienten in einem gesunden Umfeld zu voller Wirksamkeit gelangen.

Seit Herbst 1974 besteht die gynäkologische Abteilung der "Kurkliniken Am Burggraben", einem Haus der Landesversicherungsanstalten. Die beiden gynäkologischen Stationen verfügen zusammen über 48 Einzelzimmer mit Bad. Betreut werden die Frauen von zwei Chefärztinnen, zwei Stationsärztinnen, einem Diplom-Psychologen und drei Krankenschwestern. Das Bäderpersonal besteht aus 55 Angestellten einschließlich vier Krankengymnasten und einem Schwimmeister. Zwei Diätassistentinnen stellen die Mahlzeiten zusammen. Zu ihren Aufgaben gehört außerdem die Durchführung von Kursen für Übergewichtige und Diabetikerinnen.

Bis zum Jahre 1977 konzentrierte sich die Therapie ausschließlich auf die Rehabilitation physischer Gebrechen der Patientinnen. Unter neuer Leitung wurde auch für die Psychotherapie ein schwerpunktmäßiger Akzent gesetzt, dessen interessanter und neuartiger Aspekt des weiteren erläutert werden soll.

Jede Patientin wird bei Antritt ihrer Kur folgender Diagnostik unterzogen:

a) Die ausführliche Anamnese wird aus intern-organisatorischen Gründen direkt nach Ankunft der Patientin

erhoben. Diese Tatsache stößt leider des öfteren auf Mißstimmung von seiten der Frauen, da sich die meisten von ihnen erst einmal eine Ruhepause nach teilweise langer Anfahrt gönnen möchten, um sich von ihren Verwandten zu verabschieden, um die Koffer auszupacken oder sich in diese große Klinik und ihre Umgebung einzufinden. Nervosität und Trennungsschmerz sind der ruhigen und konzentrierten Beantwortung anamnestischer Fragen häufig so hinderlich, daß die Aufnahme letztendlich doch auf den nächsten Tag verschoben werden muß.

b) Im Anschluß an die Anamnese steht eine gynäkologische Untersuchung, im speziellen die Betrachtung des äußeren Genitales, Spekulumeinstellung, Palpation und Inspektion. Die gynäkologische Anamnese beinhaltet außerdem Fragen nach Operationen, Kinderwunsch, Beschwerden, Libido, Geschlechtsverkehr. Letzteren Punkten gilt besondere Aufmerksamkeit. Sie werden nochmals spezifiziert in:

- Libidoverlust (äußert sich in Nachlassen der Koitusfrequenz)
- Koitusverlust
- Dyspareunie
- Algopareunie[1]
- Orgasmusverlust

(1) Heute wird nurmehr der Begriff der "Dyspareunie" (griechisch: δυσ = Störung eines Zustandes, παρευνή = Beischlaf) im klinischen Sprachgebrauch verwendet. Nach KEPP / STAEMMLER bedeutet Dyspareunie "ganz allgemein jede Art des körperlichen und psychischen Nichtzusammenpassens in der Ehe" Da aber gezielt nach Schmerzen bei der Kohabitation gefragt wird, soll hier der Vollständigkeit und des besseren Verständnisses wegen der Begriff der "Algopareunie" (griech.: αλγος = Schmerz) mit angeführt werden.

c) Die routinemäßige Untersuchung schließt ein: Blutbild, Blutzucker, Urinstatus, BSG, Transaminasen, Bilirubin ges., Harnsäure, Triglyceride, Cholesterin. Auf Anordnung werden Röntgen und EKG durchgeführt.

Nach Erhalt aller Ergebnisse wird in Absprache mit der Patientin der Verordnungsplan der Balneotherapie festgelegt, wobei darauf geachtet wird, daß anfänglich möglichst nur passive, später dann auch aktive Anwendungen verschrieben werden. Angestrebt ist der regelmäßige Wechsel zwischen Aktivität und Ruhepausen bei weitgehend festgelegtem Tagesablauf. Die Ärztin berücksichtigt, soweit möglich, die Wünsche der Patientin.(1)

Am nächsten Tage findet für die neuangekommene Gruppe, bestehend aus drei bis fünf Frauen, ein Einführungsgespräch unter Leitung des Diplom-Psychologen statt. Besonderheiten und Örtlichkeiten des Hauses werden erklärt und Fragen beantwortet. Eine Krankenschwester als Beisitzer notiert Wünsche oder Beschwerden, da sie im Verlauf der Kur tägliche Kontaktperson bleibt.

(1) Hierzu eine Anmerkung zur Funktion des "Kurarztes". Selbstverständlich gibt es für jede Art der Anwendung festgelegte somatische Indikationen und Kontraindikationen. Doch nicht jeder Patient reagiert in dem gewünschten Sinne auf dieselbe Therapie, so daß Dogmatismus in bezug auf strenge Indikationsstellung zu vermeiden ist. Dies erfordert Einfühlungsvermögen und Erfahrung vom Kurarzt. Die Balneotherapie gibt zwar Anhaltspunkte, der therapeutische Effekt hängt erheblich von der Flexibilität des Arztes ab.

Es folgt die Zuteilung der Patientinnen zur "Mamma-" oder "Hysterektomie-Gruppe", wie es im klinikinternen Sprachgebrauch formuliert wird. Die kleinere "Mamma-Gruppe" von fünf bis zehn Frauen wird gebildet durch an der Brust operierte Patientinnen - die Art der Diagnose spielt dabei keine Rolle - oder präoperativ Kurenden. Der größeren "Hysterektomie-Gruppe", bestehend aus zehn bis fünfzehn Frauen, gehören alle anderen an: Patientinnen, die nach Unterleibseingriffen zur Kur kamen, die Kinderwunsch haben oder wegen eines allgemeinen Erschöpfungszustandes erkrankt sind. Die Vielschichtigkeit der vertretenen Altersstufen wirkt sich dabei eher positiv auf die Gruppendynamik aus.

Die außergewöhnliche Therapie im Sinne eines sowohl "problemaufdeckenden als auch stützenden, tiefenpsychologisch orientierten Gespräches" setzt hier an. Unter Leitung der Chefärztinnen finden zweimal in der Woche, jeweils nach Gruppen getrennt, ein- bis zweistündige Veranstaltungen statt.(1) Die Erörterung familiärer Schwierigkeiten steht bei vielen Frauen im Vordergrund, doch wird nicht versucht, praktische Vorschläge zur Lösung der Probleme zu machen. Vorsichtige Gesprächsführung gibt den Anstoß zur Erkenntnis der persönlichen Unausgewogenheit, nichteingestandener Überbelastung durch Haushalt und Beruf, Aggressionen oder Resignation.

(1) Eine neue Form der ärztlichen Visite, die dennoch das tägliche Einzelgespräch mit der Patientin nicht ersetzen soll, sondern sich als ergänzendes und vervollständigendes Attribut versteht.

"Die Frau stellt fest, daß nichts in Ordnung ist." (EHRET). Umso mehr, als im Kreise Gleichbetroffener allmählich die hartnäckige Distanzierung gegenüber eigener, oft langjähriger Frustration fällt. Bis dahin okkult, kommen Erschöpfungszustände jetzt zum Vorschein und können erstmalig ausgesprochen und somit leichter bewältigt werden. Die Patientinnen lernen, therapieresistente Schmerzen als unabdingbar anzunehmen, ihr Leiden verliert dadurch an Gewicht.

Gerade Frauen mit einer malignen Brusterkrankung bedürfen dieser Besprechungen in besonderem Maße. Auffallend ist die Art, wie sie ihre Krankheit verdrängen. Oft entwickeln die Patientinnen postoperativ eine Hyperaktivität und überfordern sich mit ihrer Arbeit. Die retrospektive Studie von GROSSARTH-MATICEK (1979) beschreibt dieses Phänomen so:
"Das Ergebnis zeigt, daß Krebskandidaten die Äußerung von instrumentellen Bedürfnissen, z.B. nach Pflichterfüllung, Verrichtung täglicher Arbeit, über die Äußerung emotionaler Bedürfnisse stellen. Nach der Krebserkrankung gibt eine Gruppe diese Tendenz zu, die andere nicht. Sie verdrängt also ihre Insuffizienz, emotionale Bedürfnisse zu äußern." Die Verarbeitung der Amputationsproblematik wird auf den Ehemann projeziert, der vermeintlich unter der gegebenen Situation am meisten leidet.

Behutsame Gesprächsführung vermag die Erstarrung der Gefühle zu lösen, ohne die eigentliche Problematik zu verwischen. Die Gruppentherapie, verstanden auch als Basis der Nachsorge, kann in vielen Fällen eine gesunde Art der Selbsteinschätzung wiederherstellen.

KREDEL schreibt 1981 in seinem Aufsatz über die "Möglichkeiten der Rehabilitation von Tumorpatienten in einer Kurklinik":
"Während noch vor wenigen Jahren der Krebskranke in der Regel einer Dauerrente zugeführt wurde, erfolgt heute die sozialmedizinische Beurteilung des Krebspatienten ganz nach dem individuellen Leistungsbild". Die geringe Teilnehmerzahl an der "Mamma-Gruppe" ermöglicht es, dieses "individuelle Leistungsbild" besonders zu berücksichtigen und durch die Balneotherapie zu fördern.

Die Effizienz dieser Art der Problembearbeitung innerhalb der Gruppe liegt in Selbstfindung und Sicherheitstraining. Schon 1926 stellte KOBLANCK für die "Psychotherapie" innerhalb des Kurgeschehens fest:
" Es ist eine dankbare Aufgabe des Arztes, die seelische Einkehr der Patientin so zu unterstützen, daß nach gewonnener Einsicht die hervorragenden Eigenarten der Patientin gesteigert und ihre Minderwertigkeiten dadurch überwachsen werden." (1)

(1) Erwähnenswert scheint hier die Tatsache, daß schon vor Anerkennung der Psychotherapie als medizinische Behandlungsmethode durch die Krankenkassen (zuerst 1945 in Berlin durch die AOK) dieser Problemkreis -die Kur als Ort des auch psychischen, therapiebedürftigen Geschehens- offenbar in seinem vollem Umfang erkannt und dementsprechend gehandelt wurde. Obwohl sich KOBLANCK in seiner Schrift sehr allgemein hält und eine Erwähnung über die Art seines Vorgehens nirgends zu finden ist, darf man diesem Satz entnehmen, daß er damit mehr als ein "ärztliches Gespräch" zum Ausdruck bringen wollte.

Doch darf nicht verschwiegen werden, daß durch solch eine Form der Gruppenarbeit die Gefahr des Abgleitens in übersteigerte Selbstmitleidäußerungen und hysterische Verkennung der persönlichen Situation groß ist. Es bedarf einiger Erfahrung des Therapeuten, diesbezügliche Ansätze rechtzeitig zu erkennen und damit umzugehen.

Selbstverständlich werden auch die vordringlichen Punkte jeder ärztlichen Visite angesprochen als da sind: individuelles Befinden jeder Patientin, angenehme oder schlechte Erfahrungen mit den verschiedenen balneotherapeutischen Anwendungen, Erfolge und Beschwerden. Der Kurverlauf wird sorgfältig auf dem jeweiligen Krankenblatt vermerkt und der Therapieplan, wenn notwendig, umgestellt.

Darüberhinaus sind einige Stunden versicherungsrechtlichen Fragen gewidmet, die ebenso interessieren wie Beratungen über Umschulungsmöglichkeiten oder Adressenvermittlung der privat organisierten Selbsthilfegruppen in ganz Deutschland.

Medizinische Aufklärung ist ein weiterer wichtiger Punkt im Rahmen der Gruppengespräche. Das ärztliche Personal hat zur Abhandlung dieses Themas während eines Kuraufenthaltes selbstverständlich mehr Zeit zur Verfügung als der Gynäkologe in seiner Praxis oder der Stationsarzt eines Krankenhauses. Wie notwendig auch die visuelle Aufklärung mit Hilfe kleiner Zeichnungen ist, läßt sich immer wieder an der Reaktion der Patientinnen erkennen.

ZANDER und GOEBEL (1977) bemerken hierzu:
"Bei sehr einfachen Frauen spielt häufig eine Rolle, daß durch mechanische Maßnahmen und Eingriffe ihre Vorstellung, ihr Körperbild beeinträchtigt wird. Viele Frauen haben keine klaren Vorstellungen über die Organe und die Art des Eingriffs oder sie wagen es nicht zu fragen und sich klare Vorstellungen zu bilden."

Ein Merkblatt über gesunde Ernährung fordert zur konsequenten Weiterführung der Diät für Carcinompatientinnen nach Verlassen der Klinik auf. Die Hinweise entsprechen den Vorschlägen zur "stoffwechselaktiven Kost", die in dem Buch "Rehabilitation" (JOCHHEIM und SCHOLZ, 1975) ausführlich beschrieben sind. Kurse in Ernährungsberatung sowie Diätetik für Übergewichtige und Diabetikerinnen bietet das Programm der Klinik allen Frauen an. Zwei speziell ausgebildete Diätassistentinnen informieren in entsprechenden Veranstaltungen. An sieben Tagen für jeweils eine Stunde lernen die Teilnehmerinnen die Ausrechnung der Kalorien und Grundbegriffe wie Vitamin-, Eiweiß-, Fett- und Kohlehydratgehalt ihrer täglichen Nahrung.

Die Teilnahme an den Gruppengesprächen ist freiwillig. Es gibt Patientinnen, die die Visite der Ärztin auf ihrem Zimmer vorziehen. Öfter als andere befürworten diese Frauen die konfliktzentrierten Einzelgespräche mit dem Psychologen. Dessen theoretisches Konzept gliedert sich in die "kognitive Verhaltenstherapie" und die "rational-emotive Therapie". Die Häufigkeit der Patientenbesuche und deren Dauer richtet sich nach dem Bedürfnis des einzelnen.

Rege Nachfrage verzeichnet der ebenfalls unter Leitung des Psychologen stehende Kursus des Autogenen Trainings für maximal sechs Mitglieder. Die Teilnahme ist beschränkt auf vier Stunden während des Kuraufenthaltes, um möglichst viele Patientinnen in den Genuß kommen zu lassen. Selbstverständlich kann in dieser kurzen Zeit nur eine allgemeine Einführung vermittelt werden. Die Kontinuität des Lerneffektes auf die vorhergehenden Stunden soll gewahrt bleiben, damit entfällt die Möglichkeit des Austausches von Patientinnen innerhalb eines Blockpraktikums.

Bei Beendigung des Kuraufenthaltes führt die Chefärztin mit jeder Patientin ein Abschlußgespräch, einmal, um den Kureffekt zu überprüfen, zum anderen, um noch offen gebliebene Fragen zu beantworten. In Form einer gelösten Unterhaltung wird die individuelle Erfahrung der vergangenen vier bis sechs Wochen besprochen und deren Konsequenzen für die Zukunft der Patientin gezogen.

3.2.2. Die balneotherapeutischen Einrichtungen

Wie BRAITENBERG (1962) feststellte, beruht das Wesentliche aller balneologischen Methoden auf einer unspezifischen Reizwirkung auf den gesamten Organismus, speziell auf vegetative Funktionen. Als sehr wirksame Ergänzung der Hormontherapie in der Gynäkologie seien die balneologischen Anwendungen dieser bei einzelnen genitalen Störungen gar überlegen.

Die gynäkologischen Badekuren können nach BAATZ in sechs Gruppen unterteilt werden:

1. Resorptionskuren:	bei entzündlichen Genitalerkrankungen;
2. Stimulationskuren:	zur Anregung der Ovarialfunktion;
3. Kuren zur Wiederherstellung des Gleichgewichts:	bei neurovegetativen Störungen des kleinen Beckens;
4. Rekonvaleszenskuren:	nach schweren Geburten und Operationen, als Krebs-Nachsorge;
5. Präventivkuren:	zur Verhütung von Schäden bei jungen Frauen infolge konstitutioneller Schwächezustände;
6. Rehabilitationskuren:	bei chronisch überbelasteten Frauen.

So hilfreich eine derartige Unterteilung auch sein mag, läuft sie trotzdem Gefahr, mißverständlich zu werden, zumal bei dem Versuch, die sonstige gynäkologische Symptomatik richtig einzuordnen. Rehabilitation heißt: Wiedereinsetzung in einen früheren Stand; unter diese Definition fallen strenggenommen Resorptions-, Rekonvaleszens- und Rehabilitationskuren sowie die Kuren zur Wiederherstellung des Gleichgewichtes. Die Forderung an die Leistung der Rehabilitation wird von

PFLEIDERER und EISSENHAUER (1980) klar umrissen: "Medizinische Heilmaßnahmen werden zur Erhaltung, zur wesentlichen Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit von Sozialversicherungsträgern durchgeführt." Folgerichtiger wäre es demnach, grundlegend zwischen Erhaltungs- und Rehabilitationskuren zu unterscheiden.

Für die Behandlung der Frauenleiden in Bad Salzuflen kommen beide Formen in Betracht, somit kann auch das Angebot der balneotherapeutischen Einrichtungen umfassend in Anspruch genommen werden.

Im folgenden eine Übersicht über die verschiedenen Anwendungen:

1. Fango

   Material: Eifelfango, 45° - 50° C

   Anwendung: 2x/Woche, Teilkörperfango auf Anordnung, 15 - 3o min.

   Indikationen: Gelenkbeschwerden, Rückenschmerzen, Unterleibsbeschwerden, Adhäsionszustände, Myegelosen.

2. Sole

   Material: 4-, 6-, 8%ig, wird auf 20° C erwärmt. 11,8%ig, 37 °C natürliche Temperatur. Die 6 - 11,8ige Sole enthält CO_2. In Bad Salzuflen wird zumeist der 6%igen Sole der Vorzug gegeben.

   Anwendung: 2x/Woche, meist Halbbad, 7 - 15 min.

   Indikationen: Neurovegetative Störungen, psychogene Amenorrhoe, Hypermenorrhoe, Dysmenorrhoe, psychogene Stoffwechselstörungen, funktionelle Sterilität, zervikale Hypersekretion, präoperative Kräftigungskuren, postoperative Rekonvaleszenskuren,

	Rehabilitationskuren, prophylaktische Kuren, klimakterische Beschwerden, Descensus, Zystozele, Rektozele, Blasen-Inkontinenz Stadium I, Portio-Erosionen, Kraurosis vulvae, Altersatrophie der Genitale, vegetative Entspannung, Parametropathia spastica, pathologische Gewichtsveränderungen, Menopause, Endometriose, Schwangerschaftsintoxikationen, Hyperemesis gravidarum, Genitaltuberkulose.
Kontra-indikationen:	vegetative und generative Ovarialinsuffiziens.
Wirkung:	Umstimmung des vegetativen Nervensystems von der ergotropen zur trophotropen Phase, sympathikolytisch, spasmenlösend, hyperämisierend.

3. CO_2- Trockenbad

Material:	Spanndampf, 30°- 35° C
Anwendung:	2x/Woche, 10 min.
Indikationen:	Ulcera cruris, Varicosis, Dermatosen.
Wirkung:	reaktive Hyperämie in den peripheren Strombahngebieten.

4. O_2- Bad

Material:	O_2 angereichertes Wasser, Temperatur je nach Verträglichkeit.
Anwendung:	2x/Woche, 10 - 15 min.
Indikationen:	Durchblutungsstörungen, vegetative Entspannung.
Wirkung:	Hautreizung bei minimaler Belastung des Kreislaufs.

5, Hydrotherapie

= Kneippsche Wasseranwendungen. Ansteigende Arm- bzw. Fußbäder, Wechselduschen.

Anwendung:	2x/Woche, Temperatur langsam ansteigend von 18° C auf 38° C, anschließend kaltes Abduschen.
Indikationen:	Hypertonie, Durchblutungsstörungen.

6. Kamille- und/oder Eichenrindesitzbad

   Anwendung: täglich

   Indikation: nach Discision des häutigen Dammes.

7. Sauna

8. Schwimmen

9. Gymnastik

   a) Krankengymnastik

      Anwendung: 2x/Woche, Gruppe von 20 - 25 Personen, 20 min. ("Mamma-Gruppe" = 2 - 3 Personen)

      Indikation: allgemeine Lockerung

   b) Atemgymnastik

      Anwendung: 2x/Woche, 20 min.

      Indikation: Herz- und Kreislaufbeschwerden, Mamma-Ca., Bronchitis, Asthma, psychisch gestörte Patientinnen, Skoliose, Indikationen nach BAATZ: chronische Obstipation, schwache Bauchdeckenmuskulatur, funktionelle Blasenschwäche, präoperative Rekonvaleszenz, vegetativ-endokrines Syndrom, neurovegetative Störungen des kleinen Beckens, nervöse Erschöpfungszustände, klimakterische Beschwerden.

   c) Jacobson-Entspannungstraining

      (personalabhängige Durchführung in Bad Salzuflen)

      Indikation: Muskelentspannung

   d) Chirogymnastik

      = funktionelle Wirbelsäulengymnastik

      Anwendung: 2 - 3x/Woche, 10 min., Heißluft, Ruhe, 10 - 15 min. Massieren des Rückens, Ruhe, 20 min. Gymnastik

Indikationen: sogenannte degenerative rheumatische Erkrankungen mit ligamentären und muskulösen Insuffizienzerscheinungen des Rumpfes, der Wirbelsäule und der großen Körpergelenke einschließlich posttraumatischer Folgezustände. Nichtentzündliche, weichteilrheumatische Affektionen des Muskel- und Sehnengewebes. Wirbelfrakturfolge ohne Querschnittsymptomatik.

e) Bewegungsbad

Material: 2,8 %ige Sole

Anwendung: 2x/Woche, 31° - 33° C, 20 min.

Indikation: Krankengymnastik unter Aufhebung der Schwerkraft.

10. Massage

a) Kurmassage

Anwendung: 2x/Woche, 10 - 15 min.

b) Bindegewebsmassage

Anwendung: 2x/Woche, 10 min.

Indikationen: Parametropathia spastica, psycho-vegetative Störungen.

Wirkung: Anregung durch Hormone Cortison und Adrenalin, die durch die Bindegewebsmassage vermehrt ausgeschüttet werden sollen.

c) Unterwassermassage

Anwendung: 2x/Woche, 20 min.

Indikation: hartnäckige Beschwerden, wenn Kurmassage als zu anstrengend empfunden wird.

11. Physiotherapie

a) Mikrowelle, Niederfrequentstrom

Anwendung:	2x/Woche
Indikationen:	Unterleibsbeschwerden, Bronchienerkrankungen
Wirkung:	oberflächlich

b) Elektrotherapie, Interferenzstrom
(= "Nemectrodyn")

Anwendung:	3x/Woche, 10 - 15 min.
Indikationen:	Wirbelsäulensyndrom, Unterleibsbeschwerden, fakultativ: Nierenerkrankungen

c) Ultraschall

Anwendung:	2x/Woche
Indikation:	Durchblutungsstörungen

d) Kurzwelle

Anwendung:	2x/Woche
Indikation:	schlaffe Lähmung

12. Inhalationen

a) Sole-Zerstäuber

b) Medikamentenvernebler
(für a) und b)

Anwendung:	täglich 15 - 30 min.
Indikationen:	Atemwegserkrankungen.

Für alle hier beschriebenen balneotherapeutischen Anwendungen wurden Material mit Anwendungszeit und Temperatur, Indikationen, Kontraindikationen sowie Wirkung vor Ort erfragt und ergänzend dazu spezieller Literatur entnommen. (BAATZ)

3.2.3. Auswertung der Daten des Archivkollektivs

Anhand der Krankenblätter des Jahres 1980 wurden die Daten von insgesamt 304 Patientinnen ausgewertet. Der unter Anlage 3 erstellte Fragenkatalog gliedert die Ergebnisse in vier Kategorien:

- Organisation des Kurbetriebes
- Soziales Profil des Patientengutes
- Beschwerdeprofil und Operationen
- Therapie

Organisation des Kurbetriebes

Um einen Überblick über die Verteilung aller 451 Patienten im Verlauf der Monate des Jahres 1980 zu erhalten, soll mit Tab. 1 eine Aufstellung gegeben werden.

Zu entnehmen ist eine Gleichverteilung über fast alle Monate mit Schwachpunkten unter 6 % im Februar, März und Dezember 1980. Das mag durch die Feiertage im Dezember begründet sein, die der Januar ausgleicht, so daß im Februar und März die Aufnahmekapazität der Klinik beschränkt ist.

41,7 % der Patientinnen wurde eine Verlängerung ihrer Kur bis zu sechs Wochen gewährt und nur 1,3 % brachen den Aufenthalt frühzeitig ab. Sei es, weil sie wegen Krankheit auf eine andere Abteilung verlegt wurden oder einen Unglücksfall in der Familie hatten. Andere Gründe sind nicht bekannt. Der überwiegende Anteil der 304 Patientinnen, deren Daten aus den archivierten Krankenblättern gezogen wurde, verbrachte eine 4-wöchige Kur in Bad Salzuflen. (Abb. 1).

Eine Verlängerung dieser Zeit ist aus nachstehenden Gründen angebracht: komplizierter Verlauf bei Sekundärheilung, nicht abgeschlossene Rekonvaleszenz oder Therapie, ungenügender Erholungseffekt durch spätes Auftreten der Badereaktion, die sich durch Depressionen, Unruhe, Schlaf- und Appetitlosigkeit auszeichnet. Bei vielen Frauen kommt diese Reaktion nach ca. 14 Tagen zum Ausbruch und kann bis zu einer Woche anhalten. Mit der für die Patientin völlig überraschenden, unverstandenen Situation fertig zu werden, obliegt größtenteils dem Kurarzt, der beruhigend und erklärend eingreift. Das Absetzen der Balneotherapie für kurze Zeit unterstützt effektiv die schnelle Rückführung zu körperlichem Wohlempfinden.

Einige Patientinnen wissen schon um diese Badereaktion und verhalten sich dementsprechend. Denn 108 von 172 Frauen, das sind 62,8 %, hatten mindestens schon einen Kuraufenthalt angegeben. (Abb. 2). 132 Patientinnen machten hierüber keine Angabe.

Soziales Profil des Patientengutes

Die Altersverteilung läßt einen Gipfel der 41 - 50-Jährigen mit insgesamt 34,1 % erkennen. (Abb. 3).

Ungefähr gleich verteilt sind mit 18,4 % die 36 - 40-Jährigen und mit 17,8 % die 51 - 55-Jährigen, während alle anderen Altersstufen mit insgesamt 18,8 % die Minderheit bilden.

Die Mehrzahl der Patientinnen = 74,6 % ist verheiratet. Der geringe Anteil an Ledigen = 3,6 % wird verständlich durc das vorwiegend mittlere Lebensalter der Frauen. (Tab. 2).

Entsprechend verteilt sich die Kinderzahl in Abb. 4.

Tab. 1: Aufteilungsquoten für die Monate des Jahres 1980 N=451 Klinik 2

1980	Aufnahme		Verlängerung bis 6 Wochen		Abbruch	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Januar	52	11,5	24		2	
Februar	25	5,5	15		2	
März	21	4,7	5		0	
April	43	9,5	22		0	
Mai	36	8,0	18		0	
Juni	31	6,9	13		0	
Juli	37	8,2	16		1	
August	41	9,1	14		0	
September	43	9,5	16		0	
Oktober	43	9,5	11		0	
November	45	10,0	13		0	
Dezember	18	4,0	11		0	
Private alle Mon.	16	3,6	10		1	
Gesamt	451	100,0	188	41,7	6	1,3

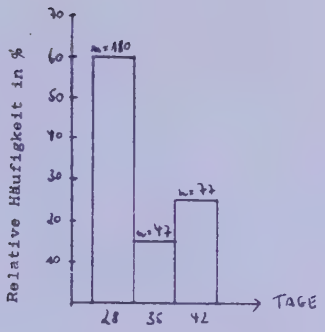


Abb. 1: Dauer des Kuraufenthaltes
N=304 Klinik 2

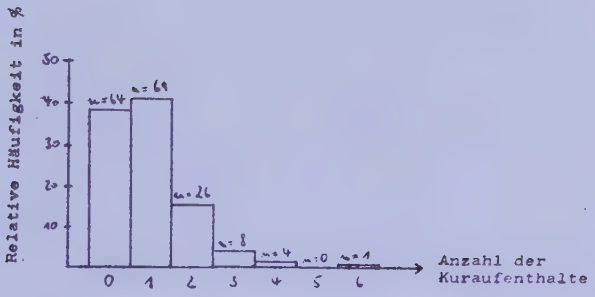


Abb. 2: Vorausgegangene Kuraufenthalte
N=172 Klinik 2
Ø Angabe = 1,32

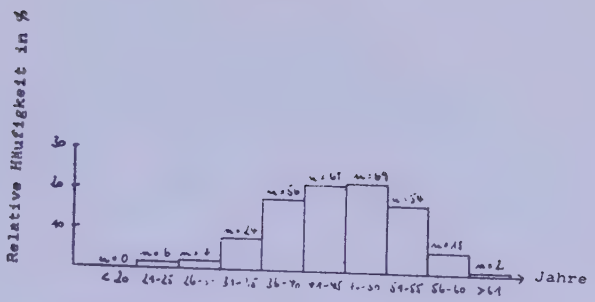


Abb. 3: Alter der Patientinnen
N=304 Klinik 2

Tab. 2: Familienstand der Patientinnen
N=304 Klinik 2

	Relative Häufigkeit	
Familienstand	abs.	%
ledig	11	3,6
verheiratet	236	77,6
geschieden	33	10,9
verwitwet	24	7,9

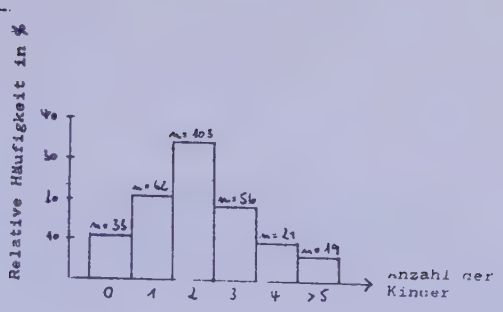


Abb. 4: Anzahl der Kinder der Patientinnen
N=302 Ø Angabe = 2 Klinik 2

Tab. 3: Berufsgruppen
N=304 Klinik 2

	Relative Häufigkeit	
Berufsgruppen	abs.	%
Hausfrau	36	11,8
Rentner	1	0,3
Anlernberufe	215	70,7
gewerbl.-techn. Ausbild.	22	7,2
med.-soz.-pädagogische Ausbildung	4	1,3
höher qualif. Bürotätigk.	2	0,7
sonstige Bürotätigkeit	1	0,3
Verkäuferin, Kassiererin	6	2,0
Sonstige	14	4,6
leitende Tätigkeit	1	0,3
akademische Ausbildung	2	0,7

Bemerkenswert ist der hohe Prozentsatz an Müttern von 89,1 %, die zudem größtenteils neben ihren familiären Verpflichtungen einer beruflichen Tätigkeit nachgehen. Da es sich in Bad Salzuflen um eine Kurklinik der Landesversicherungsanstalten handelt, überwiegen die Anlernberufe mit 70,7 %. (Tab. 3).
Eintönige, abwechslungsarme und ermüdende Arbeiten, z.B. am Fließband, finden in mannigfaltigen Beschwerden ihren Ausdruck.

(Die Zusammenstellung der Berufsgruppen (Anhang 5) wurde nach Angabe des Arbeitsamtes durchgeführt.)

Einen Acht-Stunden-Tag bewältigt knapp die Hälfte der Frauen. 15,7 % aller Patientinnen stehen unter der zusätzlichen Belastung durch Akkordarbeit. (Tab. 4).

Leider war nur in 150 Fällen eine Angabe über die Größe des zu versorgenden Personenhaushalts in den Krankenakten vermerkt, die Frage ist für die soziale Anamnese nicht obligat. (Abb. 5)

So verliert eine vergleichende Gegenüberstellung mit allen Formen der Schichtarbeit an Aussagekraft. Es soll deshalb an dieser Stelle ausschließlich die Normalschicht im Verhältnis zur Kinderzahl sowie Personenhaushalt untersucht werden. (Tab. 5).

Der Schwerpunkt liegt sowohl für die Kinder als auch für den Haushalt bei zwei Personen. Setzt man die 55 Angaben über den Personenhaushalt = 100 %, so versorgen immerhin 30,9 % aller Frauen eine größere Familie ab vier Personen zusätzlich zu ihrer ganztägigen Arbeit.

Tab. 4: Schichtarbeit der Patientinnen

N=268 Ø Angabe = 36 Klinik 2

	Relative Häufigkeit		davon Akkord	
Schichtarbeit	abs.	%	abs.	%
Normalschicht	127	47,4	25	9,3
Halbtagsschicht	81	30,2	4	1,5
Wechselschicht	39	14,6	13	4,9
Ø Schichtarbeit	19	7,1	0	0,0
Ø Schichtangabe	2	0,7	0	0,0

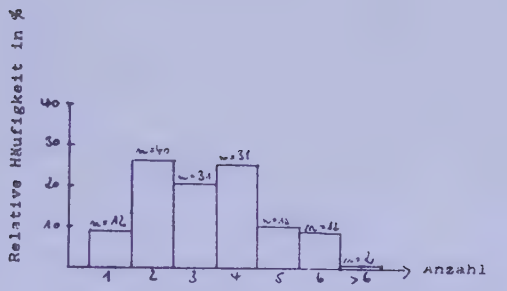


Abb. 5: Anzahl der Personen pro Familie

N=150 Ø Angabe = 154 Klinik 2

Tab. 5: Kinderzahl und Anzahl der zu versorgenden Personen im Haushalt von Arbeiterinnen in Normalschicht. N=127 ø Normalschicht=177 Klinik 2

	Relative Häufigkeit Kinder		Relative Häufigkeit Personenhaushalt	
Anzahl	abs.	%	abs.	%
0	22	17,3	0	0,0
1	34	26,8	7	5,5
2	35	27,6	19	15,0
3	18	14,2	12	9,4
4	6	4,7	7	5,5
5	5	3,9	6	4,7
6	4	3,1	3	2,4
>6	1	0,8	1	0,8
ø Angabe	2	1,6	72	56,7

Beschwerdeprofil und Operationen

Die prozentuale Verteilung der speziellen Aufnahmegründe soll Aufschluß über eine mögliche Anhäufung einzelner Krankheitsbilder der gynäkologischen Abteilung geben. (Abb. 6).

Die Unterleibsoperationen, eingeschlossen die wegen maligner Prozesse, sind mit 254 Fällen = 83,6 % absolut vorherrschend. Bei 279 Frauen = 91,8 % wurden bereits Eingriffe vorgenommen, wobei mit dieser Tabelle keine Differenzierung zwischen direkt postoperativ Erholungsuchenden und solchen,deren Operation schon längere Zeit zurückliegt, getroffen werden kann.
In 18.4 % der Fälle wurde der Kuraufenthalt nach Entfernung eines malignen Tumors bewilligt. Nur ein geringer Teil, das sind 8,3 %, wurde wegen anderer Krankheitsbilder zur Kur geschickt.

Anamnestisch konnten die häufigsten Beschwerden zusammengestellt werden, über die die Patientinnen bei der Aufnahme klagten. (Abb. 7).

Fast 70 % der Frauen litten unter Rückenschmerzen,und 51 % hatten einen gestörten Schlaf, was bei der großen Anzahl an Arbeiterinnen sicher kein überraschendes Ergebnis sein dürfte. Darüberhinaus wurden noch vereinzelt Unterleibserkrankungen, Harninkontinenz, Entleerungsstörungen der Blase, Probleme mit dem Stuhlgang, Kreislaufinstabilität, Varizen-, Mamma- oder Narbenbeschwerden sowie Schuld- oder Versagensgefühle angegeben.

Die Beantwortung der Fragen nach dem prä- bzw. postoperativen Zeitpunkt des Eintritts der Beschwerden sowie einer Besserung oder Verschlechterung derselben nach der

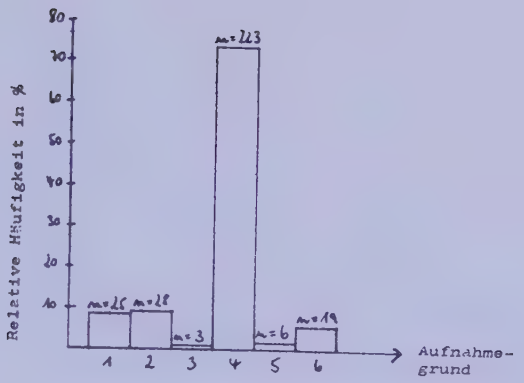


Abb. 6: Aufnahmegründe N=304 Klinik 2

1 = Z. n. Mamma-Carcinom Operation
2 = Z. n. Unterleibs-Carcinom Operation
3 = Z. n. Mamma- und Unterleibs-Carcinom Operation
4 = Z. n. Unterleibs-Operation
5 = Sterilität
6 = Sonstige Beschwerden

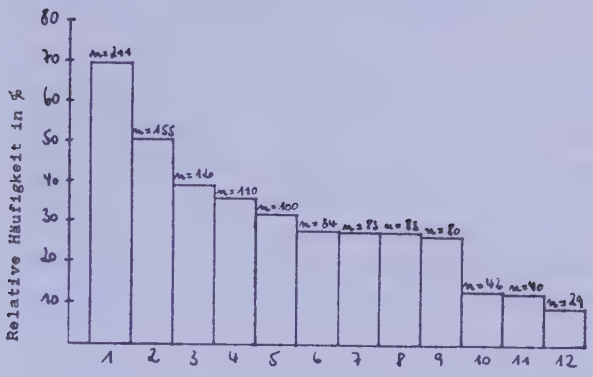


Abb. 7: Prozentuale Verteilung der häufigsten Diagnosen und Beschwerdebilder, nach Häufigkeit geordnet. Doppelklassifikation möglich. N=304 Klinik 2

1 = Wirbelsäulensyndrome, Muskel- und Gelenkschmerzen
2 = gestörter Schlaf
3 = allg. hormonelle Ausfallserscheinungen
4 = Unterleibsbeschwerden
5 = Erschöpfung
6 = Nervosität
7 = Kopfschmerzen
8 = familiäre Probleme
9 = Depressionen
10 = Hitzewallungen
11 = Herzbeschwerden
12 = Angstzustände

Operation war den Krankenblättern nur in den wenigsten Fällen zu entnehmen, eine statistische Erhebung ist für diese Punkte somit nicht relevant.

Die Aussagen über die Beschwerden bei Kurantritt waren spontan gemacht und nicht durch suggestive Fragen in Erinnerung gerufen. Daher ist die Aufteilung in Bezug auf die zahlenmäßigen Angaben geringen Schwankungen unterworfen, wenn bei der Entlassung noch einmal der Kureffekt der Balneotherapie durch ein Abschlußgespräch überprüft wird. Tabelle 6 gibt Auskunft über die subjektive Einschätzung des Zustandes der Patientinnen in den letzten Tagen ihres Kuraufenthaltes.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß von 304 Patientinnen = 100 % bei 284 = 93,4 % allgemein gutes Befinden mit Nachlassen oder Wegfall aller Beschwerden zu verzeichnen war, nur 18 = 5,9 % gaben an, nicht wesentlich bzw. gar nicht gebessert entlassen zu werden. Zwei Krankenblätter = 0,7 % enthielten darüber keine Angaben.

Obligatorisch für die gynäkologische Anamnese ist die Frage nach prä- bzw. postoperativen Blutungsstörungen, insbesondere auch bei Sterilität mit Kinderwunsch oder Erschöpfungszuständen im allgemeinen. (Tab. 7)

161 Patientinnen = 53 % litten unter Zyklus- oder Blutungsstörungen der verschiedensten Art. Eine ähnliche Häufigkeit ergab sich auch für die Geschlechtsverkehr- und Libidobeschwerden, über die insgesamt 208 Frauen = 68,4 % klagten. (Tab. 8 + 9).

Tab. 6: Die subjektive Einschätzung der Patientinnen über Verbesserung, Gleichbleibung oder Verschlechterung ihres Zustandes am Ende ihres Kuraufenthaltes. Doppelklassifikation möglich. N=304 Klinik 2

	Relative Häufigkeit					
	Zustand gebessert		Zustand gleich		Zustand verschlecht.	
Beschwerdebild	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Wirbelsäulensyndr.	181	59,5	23	7,6	1	0,3
gestörter Schlaf	145	47,7	8	2,6	0	0,0
allg. horm. Ausf.	118	38,8	1	0,3	0	0,0
Unterleibsbeschw.	100	32,9	10	3,3	0	0,0
Erschöpfung	96	31,6	3	1,0	0	0,0
Nervosität	77	25,3	5	1,6	1	0,3
Kopfschmerzen	80	26,3	3	1,0	0	0,0
Depressionen	71	23,4	8	2,6	0	0,0
Hitzewallungen	125	41,1	2	0,7	0	0,0
Herzbeschwerden	43	14,1	4	1,3	0	0,0
Angstzustände	26	8,6	3	1,0	0	0,0
Kreislaufbeschw.	85	28,0	15	4,9	0	0,0
Obstipation	127	41,8	8	2,6	0	0,0

Tab. 7: Prä- und/oder postoperative Blutungsstörungen N=304 Klinik 2

	Relative Häufigkeit	
Blutungsstörungen	abs.	%
Periode regelmäßig	85	28.0
unregelmäßig	43	14,1
Menorrhoen	62	20,4
Menorrhagien und/oder Metrorrhagien	56	18,4
Ø Beschwerden	58	19,1

Tab. 8: Beschwerden beim Geschlechtsverkehr N=253 Ø Angabe=51 Klinik 2

	Relative Häufigkeit	
GV-Beschwerden	abs.	%
o.B.	103	40,7
besser seit Operation	10	4,0
nicht befriedigend	26	10,3
nicht vollzogen seit Op.	10	4,0
nicht möglich seit Op.	1	0,4
nachgelassen seit Op.	12	4,7
schmerzhaft seit Op.	28	11,1
Dyspareunie	63	24,9

Tab. 9: Libido

N=83 Ø Angabe=221 Klinik 2

	Relative Häufigkeit	
Libido	abs.	%
o.B.	13	15,7
besser seit Operation	2	2,4
keine / Mangel	42	50,6
Verlust seit Operation	26	31,3

Tab. 10: Hysterektomiearten, Doppelklassifikation möglich. N=242 Ø Hysterektomie=62 Klinik 2

	Relative Häufigkeit	
Hysterktomiearten	abs.	%
abdominal	117	48,3
vaginal	107	44,2
Radikal-Op. bei Carc.	5	2,1
Ø Angabe der Art	13	5,4
HE und 1 Adnexe	40	16,5
HE und 2 Adnexen	76	31,4
alleinige HE	126	52,1

Besonders auffallend sind die Angaben über den Mangel oder den Verlust an Libido mit 81,9 %, die allein durch Überbelastung oder Erschöpfung nicht ausreichend interpretiert werden können.

14 Patientinnen äußerten Kinderwunsch bei nur sechs Aufnahmen wegen Sterilität, womit sich dieser Aufenthaltsgrund als der unbedeutendste für die gynäkologische Abteilung herausstellte.

Die Auflistung der verschiedenen Unterleibseingriffe und deren Ursachen wurde ohne Rücksicht auf auch weiter zurückliegende Operationen erstellt, um ein Gesamtbild zu erhalten. (Tab. 10 + 11).
Auf eine ausführliche Differenzierung verzichteten wir, da sich nach Durchsicht der gewonnenen Daten ein Hauptanteil der Hysterektomien mit 242 Operationen = 79,6 % abzeichnete. Zu erwähnen sind mit einer Häufigkeit von 83 Fällen = 27,3 % noch die Senkungsoperationen; alle anderen Unterleibseingriffe lagen unter 10 %.

In Tabelle 11 können mehrere Ursachen für eine Operation in Betracht gekommen sein, so ist die absolute Anzahl von 308 Fällen bei nur 242 Unterleibseingriffen erklärbar. (Anhang 7).

Erstaunlich sind hier die Begründungen "eigener Wunsch" und "prophylaktisch", die erst bei Durchsicht der Krankenblätter ergänzt wurden. Hier könnte man das "Handbuch der physikalischen Therapie" aus dem Jahre 1902 zitieren: "Wer eingedenk des Grundsatzes, daß auch der Frauenarzt nicht nur Organe, sondern kranke Frauen zu behandeln hat, manche moderne Leistung gynäkologischer

Tab. 11: Ursachen der Hysterktomien, Doppelklassifikation möglich. N=242 Klinik 2

	Relative Häufigkeit	
Ursachen der HE	abs.	%
gutartige Tumoren	99	40,9
Blutungen	81	33,5
Lageanomalien	61	25,2
Sonstiges	30	12,4
invasives Carcinom	21	8,7
Präcancerosen	9	3,7
Entzündungen	3	1,2
eigener Wunsch	3	1,2
prophylaktisch	1	0,4

Tab. 12: Mamma-Operationen

N=35 Ø Mamma-Op.=269 Klinik 2

	Relative Häufigkeit	
Mamma-Operationen	abs.	%
PE	4	11,4
subcutane Mastektomie	2	5,7
Ablatio	27	77,1
Aufbauplastik	1	2,9
Knotenentfernung	1	2,9

Spezialoperateure unbefangen beurteilt, wird mit mir zu der Überzeugung kommen, daß heute viel zu viel und nicht immer auf strenge Anzeigen hin operiert wird." Doch bei näherer Fragestellung nach den Gründen für die Indikation "eigener Wunsch" rücken massive somatische Beschwerden in den Vordergrund als da sind: Fehlgeburten wegen "häufiger Entzündungen", Sterilisationswunsch bei Uterus myomatosus und 3 partus, Parametropathia spastica mit Erschöpfungszuständen, Endometriose und tetanischen Zuständen nach dem letzten Kind.
Die "prophylaktische" Indikation war gegeben bei Mamma-Amputation wegen eines invasiven Carcinoms, wobei es sich um eine kinderreiche Frau handelte, die ebenfalls Sterilisationswunsch äußerte.

Die Auswertung der Adnex-Operationen tritt gegenüber derjenigen der Hysterektomien in den Hintergrund, da letztere häufig bei entsprechender Indikation mit einer ein- bzw. zweiseitigen Adnektomie durchgeführt wurden, so daß die Ursachen hierfür nicht klar anhand der Krankenakten zu trennen waren. Sie soll daher an dieser Stelle nicht weiter angeführt werden.

Anders verhält es sich für die gesammelten Daten über Mamma-Operationen. (Tab. 12 + 13). Diese Patientinnen bilden eine gesonderte Gruppe in der Gynäkologie der Klinik in Bezug auf Nachsorge und Therapie.
Von den insgesamt 35 Aufnahmen erfolgte bei 28 Frauen = 80 % der Eingriff aufgrund eines Mamma-Carcinoms bzw. Metastasenbildung. 22 Patientinnen mußten sich einer anschließenden Radiatio und/oder Chemotherapie unterziehen.

Die spezielle Unterteilung der verschiedenen Operationsursachen in Anlage 7.

Tab. 13: Ursachen der Mamma-Operationen
N=35 Klinik 2

	Relative Häufigkeit	
Ursachen	abs.	%
Brustdrüsenveränderung	3	8,6
Ca./ Metastasen	28	80,0
Verdacht auf Carcinom	1	2,9
Ø Angabe	3	8,6

Tab. 14: Jahr der letzten gyn. Operation
N=287 Ø gyn. Op.=17 Klinik 2

	Relative Häufigkeit	
Jahr	abs.	%
bis 1974	18	6,3
1975	9	3,1
1976	6	2,1
1977	13	4,5
1978	34	11,8
1979	124	43,2
1980	83	28,9

Hier nimmt die Kurklinik als Bindeglied zwischen Tumorklinik und weiterbehandelndem Hausarzt einen besonderen Stellenwert ein. Denn sie behandelt Patienten, bei denen eine baldige Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß erwartet werden kann.
KREDEL (1981) schreibt: "Es ist der Verdienst der Rehabilitationsmedizin, artikuliert durch die verschiedenen Rentenversicherungsanstalten, hier wesentliche Impulse in der sozialmedizinischen Beurteilung von Tumorkranken gegeben zu haben."

Im Zusammenhang mit dem Nachsorgeaufenthalt interessiert die Frage nach dem Zeitpunkt der letzten gynäkologischen Operation vor der Kur. (Tab. 14).
Bei 207 Patientinnen = 72,1 % lag der Eingriff nicht länger als ein Jahr zurück. Da nur sechs Frauen Wohlbefinden nach der Operation angaben, bleibt der Rehabilitation hier ein weites Feld.

Therapie

Bei der Fülle des bädertherapeutischen Angebots in Bad Salzuflen stellt sich die Frage, ob dieses in vollem Umfang und erschöpfend von der gynäkologischen Station genutzt werden kann. Für Tabelle 15 muß berücksichtigt werden, daß eine Patientin immer an mehreren Anwendungsarten teilgenommen hat, die nach absteigenden Häufigkeiten geordnet wurden.

Die Massage mit 96,4 % Auslastung steht an erster Stelle, dicht gefolgt von der Krankengymnastik mit 86,5 %. Resultat eines Beschwerdebildes, des Wirbelsäulensyndroms,

Tab. 15: Anwendungsarten, nach Häufigkeiten geordnet.
Doppelklassifikation möglich.
N=304 Klinik 2

	Relative Häufigkeit	
Anwendungsart	abs.	%
Massage	293	96,4
Krankengymnastik	263	86,5
Fango	252	82,9
Bewegungsbad	245	80,6
Schwimmen	213	70,1
Sole	203	66,8
Autogenes Training	161	53,0
Sauna	94	30,9
Elektrotherapie	69	22,7
Atemgymnastik	62	20,4
Unterwassermassage	53	17,4
ansteigende Fußbäder	52	17,1
CO_2-Trockenbad	45	14,8
Inhalationen	42	13,8
O_2-Bad	28	9,2
Wechselduschen	16	5,3
Chirogymnastik	14	4,6
ansteigende Armbäder	12	3,9
Jacobson-Training	11	3,6

von dem 69,4 % der Patientinnen betroffen sind. Auch die bei Kuranfang einsteigende passive Therapie mag diesen hohen Stellenwert der Massage erklären. Das Herz der Balneotherapie in Bad Salzuflen, die Sole, nimmt erst Rang 6 ein, obwohl die Indikationen für die Soletherapie doch relativ weit gesteckt sind bei nur einigen wenigen Kontraindikationen.
BAATZ schreibt hierzu: "Die Sole wirkt roborrierend, entkrampfend und sedierend, sympathikolytisch. Diese Bäder sind geeignet, bei allen operierten Patientinnen den Gesamtorganismus erfolgreich zu beeinflussen."

Auch bei der subjektiven Beurteilung der Wirksamkeit aller Kurmaßnahmen tritt die Anwendungsart Soletherapie nach Fango, Massage, Bewegungsbad und Krankengymnastik weit in den Hintergrund. (Tab. 16).

Von den 159 Patientinnen, die eine Angabe über die Wirksamkeit machten, empfanden einige mehrere Anwendungen zugleich als sehr gut, die sämtlich in die Auflistung eingingen.

Als wesentlicher Beitrag zur Therapie gilt die hormonelle Applikation in Form von Oestrogenpräparaten bei entsprechender Indikation. Fast 40 % der Frauen gaben hormonelle Ausfallserscheinungen umfassender Art an, ausgeklammert einzelne geklagte Beschwerden, die zum klimakterischen Erscheinungsbild gehören. Die Depotform wird ihrer Schwankungen im Wohlbefinden der Patientin wegen nicht gerne gegeben, da die letzten 14 Tage bis zur nächsten Depotspritze doch von abklingender Wirkung gekennzeichnet sind.

Tab. 16: Subjektiv wirksamste Kurmaßnahme, Doppelklassifikation möglich.
N=159 Ø Angabe=145 Klinik 2

	Relative Häufigkeit	
Subj. wirks. Kurmaßn.	abs.	%
Fango	103	64,8
Massage	88	55,3
Bewegungsbad	42	26,4
Krankengymnastik	19	12,0
Sole	17	10,7
Sauna	16	10,1
Schwimmen	13	8,2
Unterwassermassage	10	6,3
CO_2-Trockenbad	6	3,8
Chirogymnastik	6	3,8
Autogenes Training	5	3,1
Atemgymnastik	3	1,9
Elektrotherapie	2	1,3
anst. Fuß-/Armbäder	2	1,3
Jacobson-Training	1	0,6
O_2-Bad, Wechselduschen	0	0,0

Die Mittel der Wahl stellen demnach Oestrogentabletten dar, bei Algopareunie werden Oestrogen-Vaginal-Creme oder -Zäpfchen verordnet. Für verschiedene Patientinnen kamen auch Kombinationen in der Hormontherapie in Frage, also z.B. Oestrogen-Tabletten und -Vaginal-Creme.

Dem klimakterischen Beschwerdebild entsprechend fiel die Oestrogenpräparateverordnung für fast 50 % der Patientinnen aus, nur etwa 21 % begannen mit einer derartigen Therapie bereits vor der Kur. Die Krankenblätter verzeichneten eine Ablehnung sowie drei Abbrüche, davon zwei die oestrogenhaltige Vaginal-Creme betreffend. Eine Patientin erhielt statt Tabletten ein homöopathisches Präparat. (Tab. 17, Anhang 8).

Das Anliegen, den Medikamentenabusus von Hypnotika, Sedativa, Tranquillantien und Antidepressiva vor der Kur zu erfassen, erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, da die Ehrlichkeit der Patientinnen in bezug auf diese Angaben anzuzweifeln ist. Desweiteren konnte nicht ermittelt werden, inwieweit während des Kuraufenthaltes aus eigenem Bestand eingenommen wurde, der natürlich keiner Kontrolle unterworfen ist. Aus diesem Grunde wird auch versucht, die Patientinnen mit homöopathischen Tranquilizern oder einem Placebo über den meist unnötigen Tablettengebrauch hinwegzuhelfen, wie aus der Tabelle 18 ersichtlich wird. (Anhang 8)

Bei 46 Patientinnen = 15,1 % wurde die oft über einen langen Zeitraum währende Therapie mit Psychopharmaka abgesetzt, 27 Frauen = 8,9 % konnten zeit ihres Aufenthaltes in der Kurklinik auf ihre Tabletten ganz

Tab. 17: Oestrogen-Präparate-Therapie
N=304 Klinik 2

	Relative Häufigkeit	
Oestrogen-Präparate-Therapie	abs.	%
vor Kur Tabletten erhalten	26	8,6
vor Kur Depot erhalten	37	12,2
bei Kurbeginn abgesetzt	35	11,5
Oestrogentherapie während K.	148	48,7
davon Tablettenform	94	30,9
davon Depotform	2	0,7
davon Creme oder Zäpfchen	47	15,5
homöopath. Mittel erhalten	19	6,3

Tab. 18: Psychopharmakamedikation
N=304 Klinik 2

	Relative Häufigkeit	
Psychopharmakamedikation	abs.	%
vor Kur erhalten	69	22,7
bei Kurbeginn abgesetzt und nicht mehr eingenommen	27	8,9
bei Kurbeginn abgesetzt und anderes Mittel erhalten	19	6,3
Mitte bis Ende Kur nach Absetzen wieder eingenommen	6	2,0
während Kur erstmalig erh.	31	10,2
homöopathische Medikation während Kur	45	14,8

verzichten, ein Erfolg, selbst, wenn diese Aussage, wie oben angedeutet, nur beschränkte Gültigkeit haben sollte. 19 Teilnehmerinnen = 6,3 % wurde ein anderes Pharmakon verordnet, in den meisten Fällen handelte es sich dabei um den Tranquilizer Bellergal(R). Nur sechs Frauen = 2,0 % kamen ohne diese Medikation nicht aus und griffen auf Gleichwertiges im Verlauf der Kur zurück. Allerdings erhielten 31 Patientinnen = 10,2 % erstmalig ein Psychopharmakon, aber auch hier kann man mit großer Wahrscheinlichkeit von der Voraussetzung ausgehen, daß die Prämedizierung anamnestisch nicht korrekt angegeben wurde und sich der Tablettenabusus erst im Verlauf der Kur herausstellte. Das homöopathische Beruhigungsmittel Plantival(R) wurde in 45 Fällen = 14,8 % verordnet, teilweise, um über den "Badekoller" hinwegzuhelfen.

Die Analgetika wurden nicht aufgeführt wegen der geringen und ungenauen Angaben über Einnahmegewohnheiten vor der Kur sowie sporadischer Gaben während des Aufenthaltes.

Als letzter, wichtiger Stützpfeiler der Balneologie bleibt die Psychotherapie zu erwähnen. 101 Patientinnen = 33,2 % bedurften der Einzelgespräche mit dem Psychologen. Nicht berücksichtigt wurde für diese Zahl die Frequenzhäufigkeit, da in den Krankenblättern nicht vermerkt. Noch eines regeren Zuspruchs erfreute sich das "Autogene Training" als begleitendes Element. 161 Teilnahmen = 53 % konnte es verzeichnen, obwohl in der subjektiven Wirksamkeitsskala erst an 10. Stelle stehend. Nach Rücksprache mit dem Psychologen stellten sich die Gründe dar. Obwohl mit Begeisterung betrieben, erlernte der überwiegende Teil

der Frauen während der kurzen Zeit nicht, sich vollständig zu entspannen, war aber offensichtlich gewillt, das Studium des "Autogenen Trainings" zu Hause weiterzuführen. Das mag bestätigen, daß eine große Patientenzahl Gefallen an dieser Anwendung fand, womit sie ihren Zweck dennoch erfüllte.

3.2.4. Stichprobenrepräsentativität

Gemäß der Forderung, die 22 Patientinnen, deren psychische Besserung mittels der FPI- und EWL-Fragebögen getestet wurde, stellvertretend für das gesamte Patientenkollektiv der "Kurkliniken Am Burggraben" in Bad Salzuflen auswerten zu können, erschienen folgende Punkte als repräsentativer Querschnitt geeignet:

- Lebensalter
- Beruf
- Familienstand
- Kinderzahl

Die Altersverteilung der 22 Patientinnen zeigt keine groben Abweichungen von der des Archivkollektivs. (Abb. 8).
Das Durchschnittsalter liegt für die Kontrollgruppe bei 44,5 Jahren, für das Stichprobenkollektiv bei 45,9 Jahren.

Erwartungsgemäß sind die Anlernberufe auch für die 22 Patientinnen bei weitem am häufigsten vertreten, entsprechend dem sozialen Status einer Versichertengruppe der LVA. (Abb. 9).
Mit 6 % überwiegen die Hausfrauen und Rentner gegenüber der Kontrollgruppe.

Die relativ stärkere Anzahl an 56 - 61-Jährigen, die im September und Oktober 1981 in der Kurklinik anwesend waren, mag daran ihren Anteil haben.

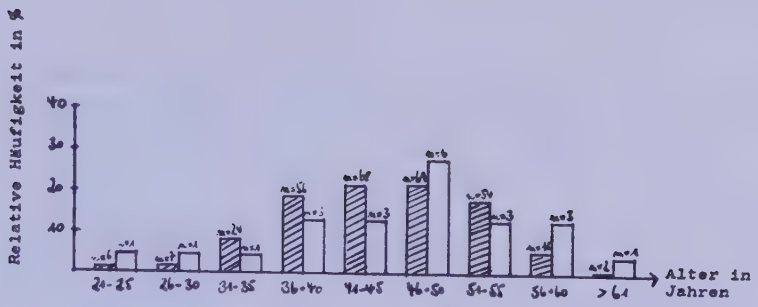


Abb. 8: Altersverteilung Klinik 2
Kontrollgruppe N=304 Stichprobe N=22
(gestrichelt)

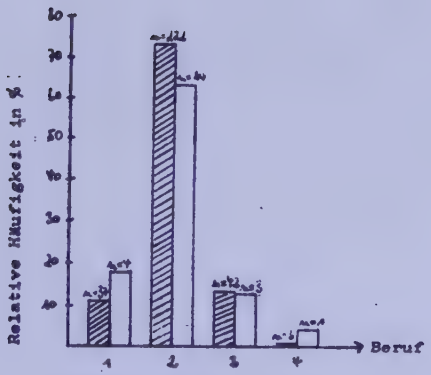


Abb. 9: Berufsbild Klinik 2
Kontrollgruppe N=304 Stichprobe N=22

1 = Hausfrau und Rentner
2 = Anlernberufe
3 = Ausbildungsberufe
4 = leitende Tätigkeit und Akademiker

Ebenfalls das Alter könnte für die Verteilung des Familienstandes den Ausschlag gegeben haben. (Abb. 10).

Die Mehrzahl an ledigen Frauen der Stichprobe = 10 % entspricht dem größeren Anteil der 21 - 30-Jährigen gegenüber der Kontrollgruppe.

Für beide Kollektive gilt, daß die Frauen, die zur Kur kamen, in der Überzahl Mütter von zwei Kindern sind. (Abb. 11).

Auch die Durchschnittszahl liegt für beide Gruppen bei zwei Kindern.

Abschließend kann gesagt werden, daß ein wesentlicher Unterschied der beiden Gruppen in allen Punkten nicht besteht und die Stichprobe somit für das Patientenkollektiv der "Kurkliniken Am Burggraben" in Bad Salzuflen aussagekräftig ist.

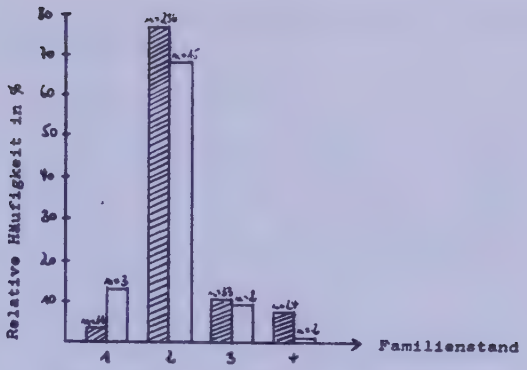


Abb. 10: Familienstand Klinik 2
Kontrollgruppe N=304 Stichprobe N=22

1 = ledig
2 = verheiratet
3 = geschieden
4 = verwitwet

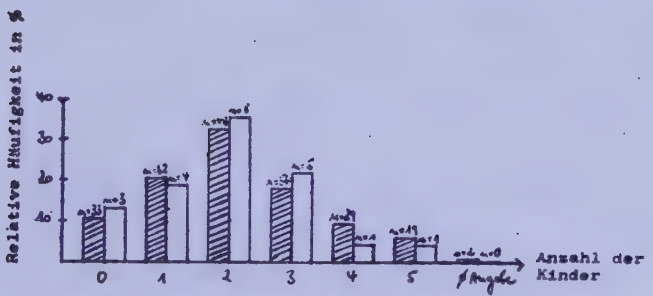


Abb. 11: Anzahl der Kinder Klinik 2
Kontrollgruppe N=304 Stichprobe N=22

3.3. Ergebnisse der psychologischen Fragebögen beider Kurkliniken

3.3.1. Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI)

Der χ^2-Anpassungstest, für beide Kliniken getrennt durchgeführt, zeigt, daß die Häufigkeitsverteilungen jeweils aller vier Quartile der neun FPI-Skalen der durch die Eichstichprobe vorgegebenen erwarteten Gleichverteilung entsprechen, d.h., daß sich aufgrund der Persönlichkeitsdimensionen, die das FPI prüft, keine signifikanten Abweichungen vom Verhalten einer weiblichen Normalbevölkerung unter Berücksichtigung der Altersnormen ergeben. (FAHRENBERG et al. 1978)

Nur dann, wenn beide Klinikstichproben zusammengefaßt werden, ergibt sich eine Ausnahme: das erste Quartil der FPI-Skala 2, "spontane Aggressivität", ist überrepräsentiert. Das heißt, 23 von 44 Patientinnen weisen keine "spontane Aggressivität" auf, was den Erwartungswert von 11 von 44 Patientinnen signifikant übersteigt (Abb. 1).

Bereits in der getrennten Auswertung liegen die χ^2-Werte für das angegebene Quartil nur geringfügig unterhalb des Signifikanzniveaus (Abb. 2). Das Ergebnis der Zusammenfassung kann somit durch den gleichsinnigen Trend in beiden Kliniken erklärt werden.

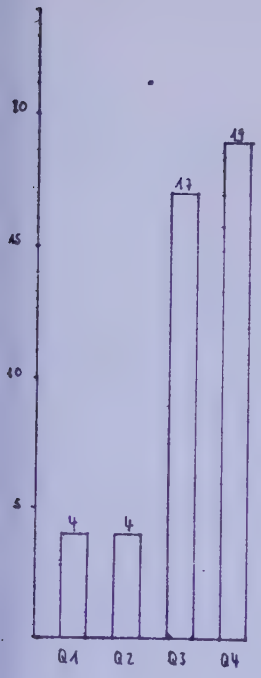
Die folgenden Betrachtungen beziehen sich immer auf die Gesamtstichprobe.

Da die Befindlichkeitsangaben der Patientinnen in Abhängigkeit von der Persönlichkeitsdimension "Emotionale Labilität" zu überprüfen waren, wurde diese FPI-Skala

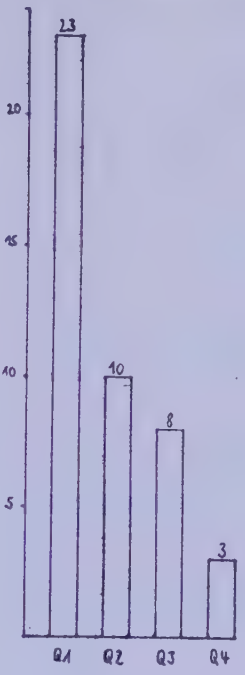
FP1-K Quartile n = 44

Abb. 1

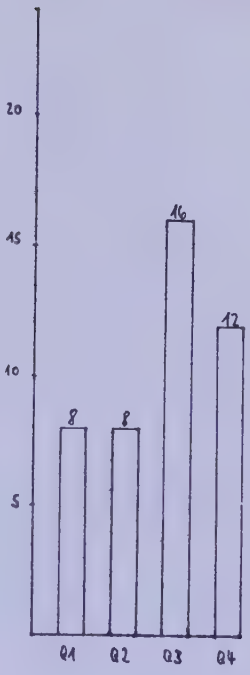
FP1 1: Nervosität



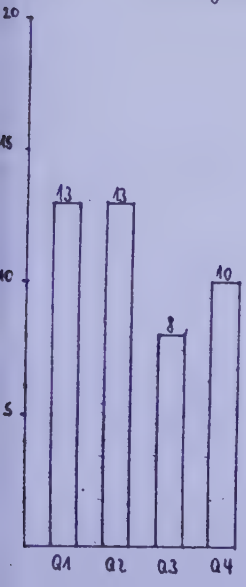
FP1 2: Spontane Aggress.



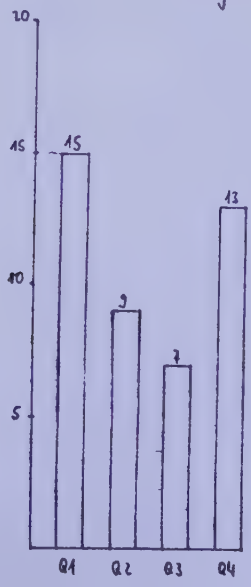
FP1 3: Depressivität



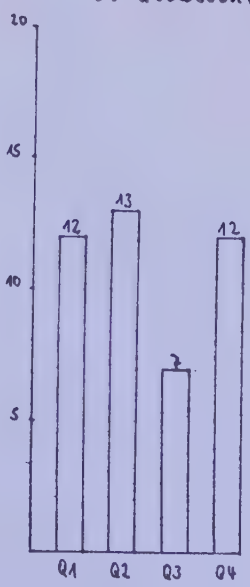
FP1 4: Erregbarkeit



FP1 5: Geselligkeit



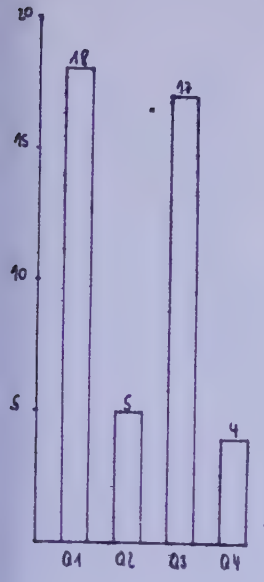
FP1 6: Gelassenheit



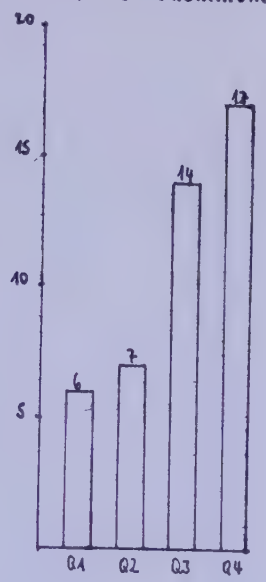
FPI-K Quartile n = 44

Abb. 1

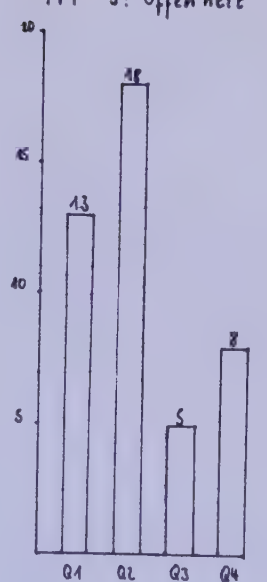
FPI 7: Reaktive Aggress.



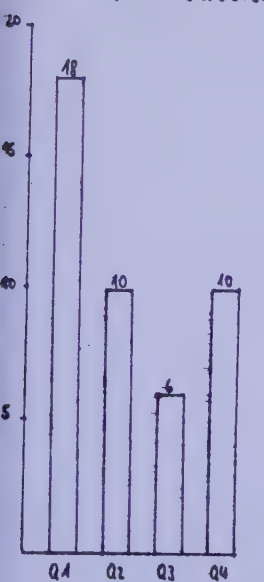
FPI 8: Gehemmtheit



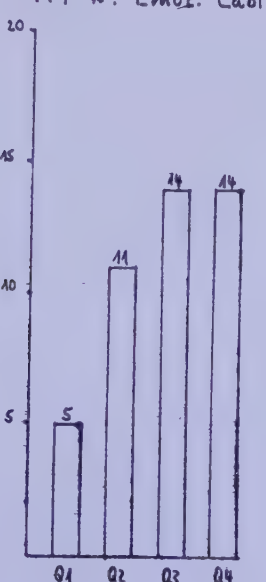
FPI 9: Offenheit



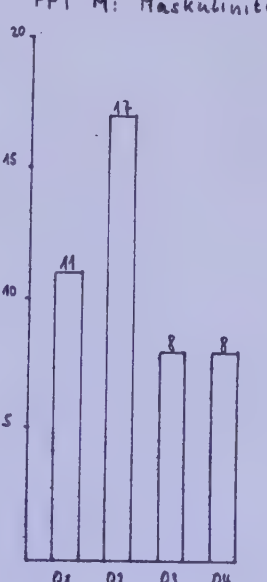
FPI E: Extraversion



FPI N: Emot. Labilität

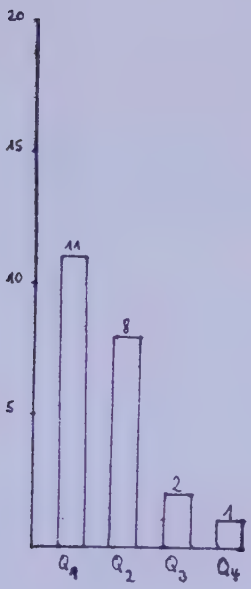


FPI M: Maskulinität

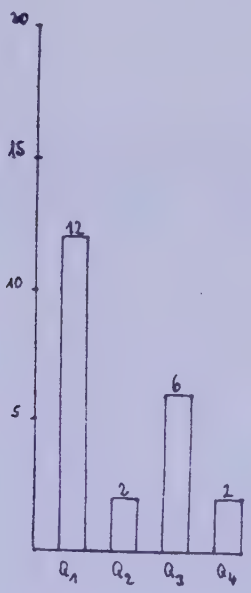


FPI 2: Spontane Aggressivität

Abb. 2



Klinik 1



Klinik 2

am Median der Eichstichprobe halbiert (Q_1 und Q_2 = stabil, Q_3 und Q_4 = labil). Es resultierte eine Klassifizierung der Patientinnen in 28 labile und 16 stabile Persönlichkeiten.

3.3.2. Varianzanalyse

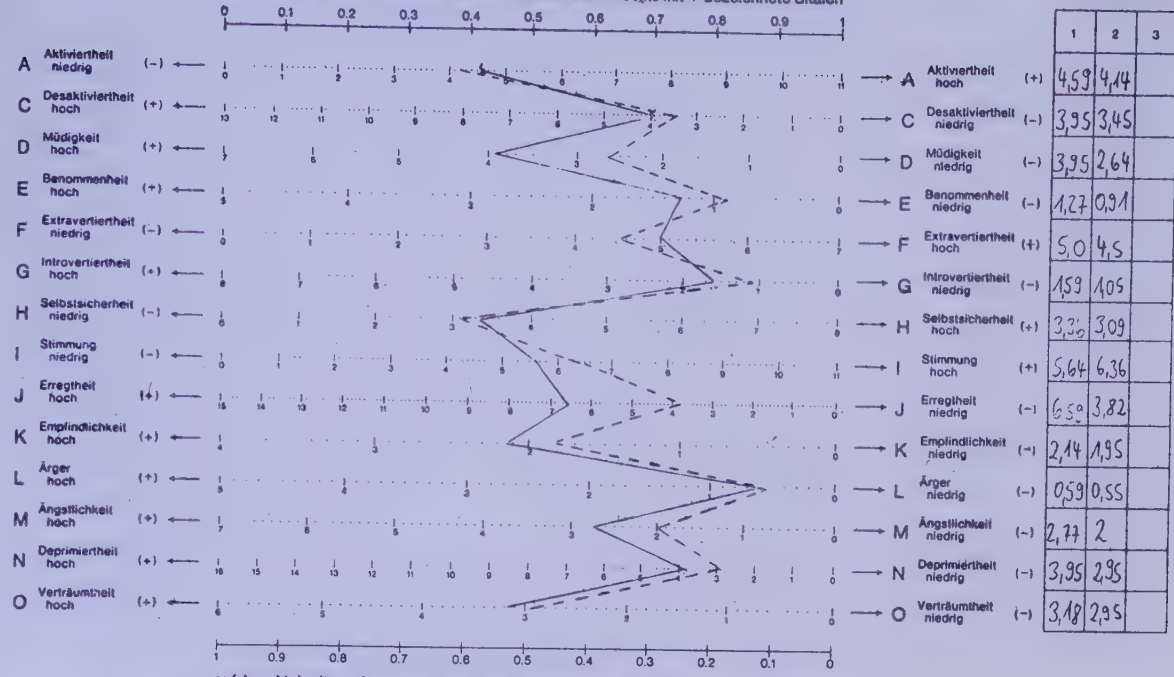
Die Betrachtung der EWL-Einzelergebnisse der Patientinnen ergab eine so große Streubreite der Befindlichkeitsmuster, daß eine Aussage über individuelles Verhalten eher verwirrend als klärend für die Fragestellung gewesen wäre. Erkennbar war lediglich eine Änderung der individuellen Befindlichkeit jeder Patientin bei Beginn und vier Wochen nach Antritt der Kur.

Ob sich im Kollektiv durchschnittlich die positiven und negativen Effekte aufheben oder ein Trend hinsichtlich Verbesserung oder Verschlechterung auftreten würde, sollte die Errechnung und graphische Darstellung der Durchschnittswerte für Klinik 1 und 2 verdeutlichen (Abb. 3). Ein mehr nach links verschobenes Profil bedeutet in der Abbildung definitionsgemäß eine relativ schlechtere, ein mehr nach rechts verschobenes Profil eine relativ bessere Befindlichkeit.

Der Bereich, in dem sich die Profile beider Kliniken bewegen, stimmt überein, und die Profilformen ähneln sich. Bis auf 3 von 14 Skalen (Skalen: A = Aktiviertheit, F = Extravertiertheit, H = Selbstsicherheit) für Klinik 1 liegt insgesamt eine Rechtsverschiebung, d.h. eine Verbesserung des Befindlichkeitsmusters vor. Die Mittelwerte für das zusammengefaßte Patientenkollektiv zeigen für alle Skalen eine Verbesserung der Befindlichkeit (Abb. 4).

EWL-K Profilblatt

auf Anzahl der Items bezogener Roh- oder Mittelwert für rechts mit + bezeichnete Skalen



auf Anzahl der Items bezogener Roh- oder Mittelwert für links mit + bezeichnete Skalen

Subskalen-Werte

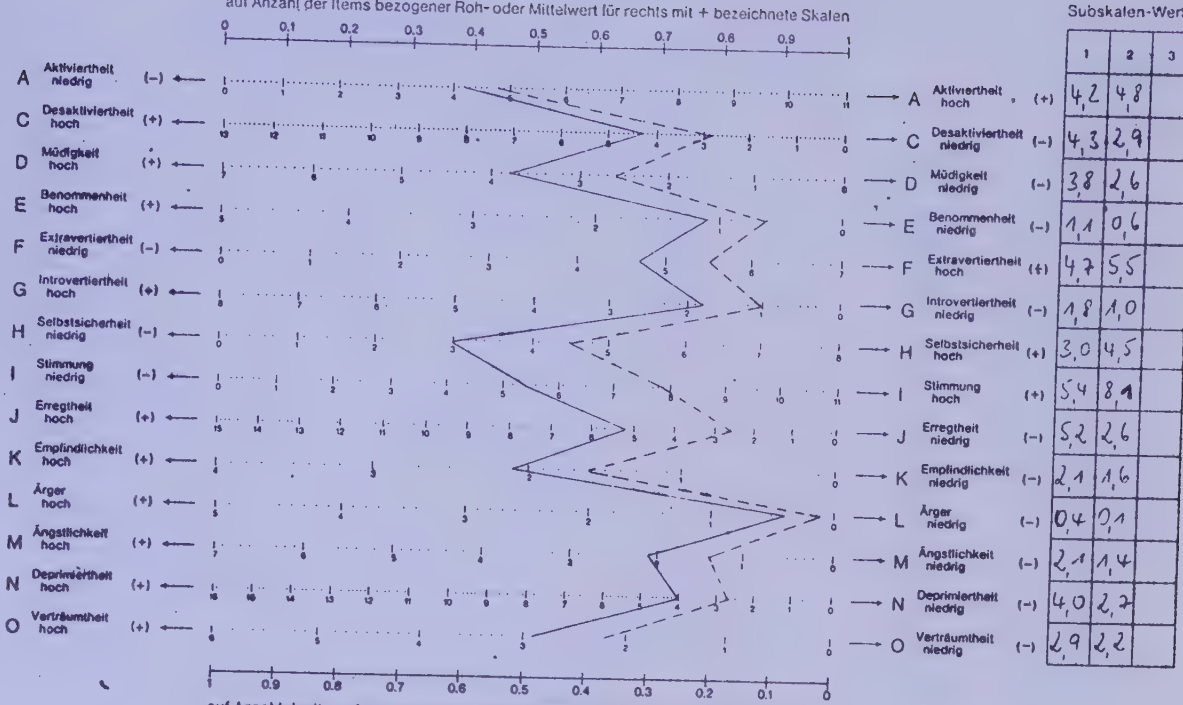
	1	2	3
A	4,59	4,14	
C	3,95	3,45	
D	3,95	2,64	
E	1,27	0,91	
F	5,0	4,5	
G	1,59	1,05	
H	3,36	3,09	
I	5,64	6,36	
J	6,5	3,82	
K	2,14	1,95	
L	0,59	0,55	
M	2,77	2	
N	3,95	2,95	
O	3,18	2,95	

1) Klinik 1 Gruppen Stabw-Ind zusammengefaßt Abb. 3
2) Für Vorher ——
3) Nachher - - - - -

Urheberrechtlich geschützt
Copyright by Verlag für Psychologie
Dr C. J. Hogrefe, Göttingen

Abb. 3

EWL-K Profilblatt



Subskalen-Werte

	1	2	3
A Aktiviertheit hoch (+)	4,2	4,8	
C Desaktiviertheit niedrig (–)	4,3	2,9	
D Müdigkeit niedrig (–)	3,8	2,6	
E Benommenheit niedrig (–)	1,1	0,6	
F Extravertiertheit hoch (+)	4,7	5,5	
G Introvertiertheit niedrig (–)	1,8	1,0	
H Selbstsicherheit hoch (+)	3,0	4,5	
I Stimmung hoch (+)	5,4	8,1	
J Erregtheit niedrig (–)	5,2	2,6	
K Empfindlichkeit niedrig (–)	2,1	1,6	
L Ärger niedrig (–)	0,4	0,1	
M Ängstlichkeit niedrig (–)	2,1	1,4	
N Deprimiertheit niedrig (–)	4,0	2,7	
O Verträumtheit niedrig (–)	2,9	2,2	

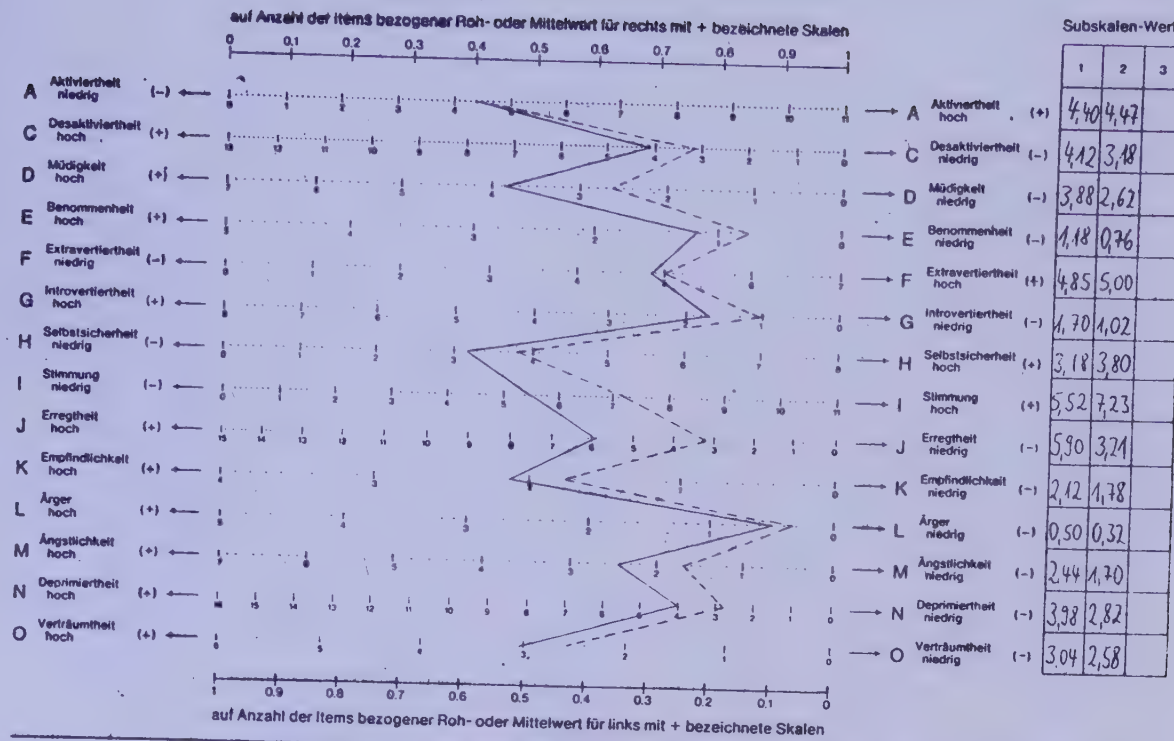
1) KLINIK, GRUPPEN STABIL-LABIL ZUSAMMENGEFASST
2) FÜR VORHER
3) NACHHER
PATIENTENZAHL: 22

Abb. 3

Urheberrechtlich geschützt.
Copyright by Verlag für Psychologie
Dr. C. J. Hogrefe, Göttingen

Abb. 3

EWL-K Profilblatt



Subskalen-Werte

	1	2	3
A Aktiviertheit hoch (+)	4,40	4,47	
C Desaktiviertheit niedrig (–)	4,12	3,18	
D Müdigkeit niedrig (–)	3,88	2,62	
E Benommenheit niedrig (–)	1,18	0,76	
F Extravertiertheit hoch (+)	4,85	5,00	
G Introvertiertheit niedrig (–)	1,70	1,02	
H Selbstsicherheit hoch (+)	3,18	3,80	
I Stimmung hoch (+)	5,52	7,23	
J Erregtheit niedrig (–)	5,90	3,21	
K Empfindlichkeit niedrig (–)	2,12	1,78	
L Ärger niedrig (–)	0,50	0,32	
M Ängstlichkeit niedrig (–)	2,44	1,70	
N Deprimiertheit niedrig (–)	3,98	2,82	
O Verträumtheit niedrig (–)	3,04	2,58	

1) Klinik 1 und 2 zusammengefaßt Patientenzahl 44
2) für vorher
Gruppe Stobl-Lahr

Abb. 4

Urheberrechtlich geschützt.
Copyright by Verlag für Psychologie

Die bereits graphisch offensichtliche und später rechnerisch bestätigte Übereinstimmung der psychischen Verbesserung der Patientinnen in beiden Kliniken führte zu der Überlegung, ob sich der Kuraufenthalt vielleicht unterschiedlich für entgegengesetzte Persönlichkeitsstrukturen ausgewirkt habe. Hier bot sich die im FPI-Test geprüfte "emotionale Labilität" an, da wir von der Voraussetzung ausgehen konnten, daß eine psychisch labile Patientin weniger emotionellen Schwankungen unterliegen würde als eine labile Persönlichkeit, also auch eine Kur weniger Wirkung zeigen müßte.

Tatsächlich weisen die EWL-Profile Unterschiede auf (Abb. 5). Der Profilbereich ist für die stabile Gruppe im ganzen nach rechts verschoben, und die Profilform ist eine andere.

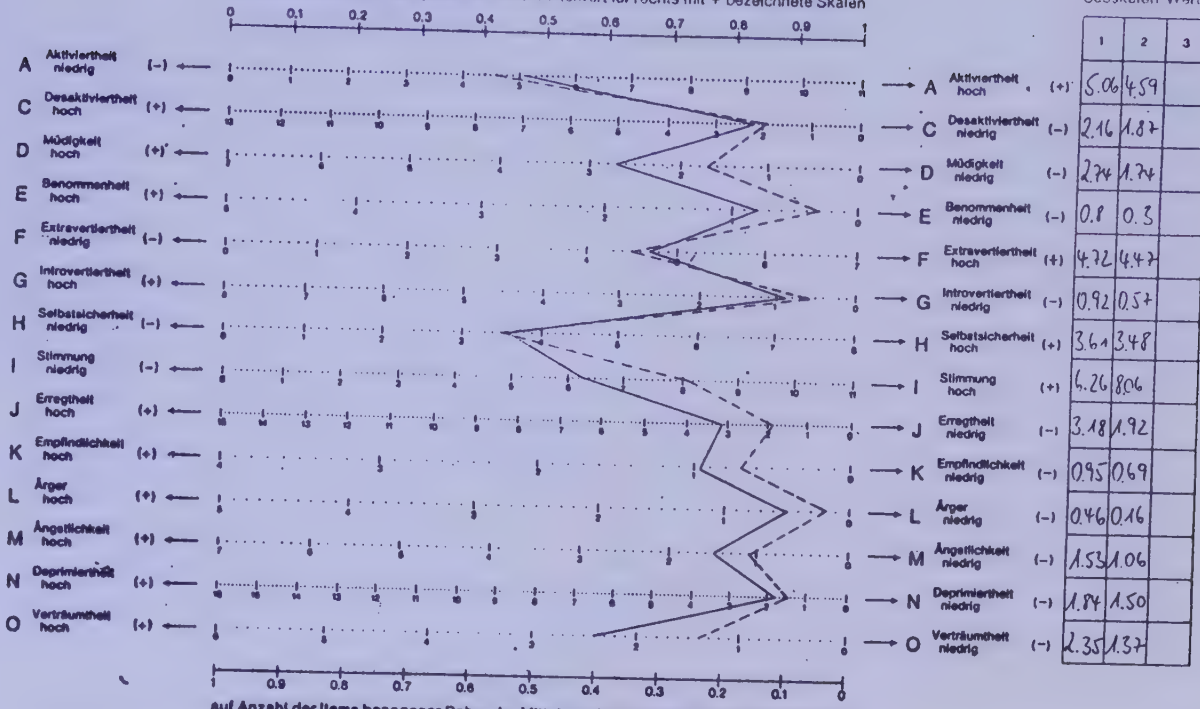
Das Ergebnis wird noch deutlicher bei der Betrachtung der getrennten Darstellung der beiden Gruppen, gemittelt über "vorher - nachher" (Abb. 6). Die stabilen Personen sind demnach mit einer insgesamt positiveren Befindlichkeit einzustufen.

Um unsere bisherigen Beobachtungen nun auch rechnerisch zu beweisen, d.h., die Abhängigkeit von Gruppenzugehörigkeiten im Hinblick auf die Effektivität der Balneotherapie aufzudecken, benutzten wir die Varianzanalyse als statistisches Verfahren (Anhang 4). Sie erlaubte uns, bereits unabhängig voneinander dargestellte Faktoren einzusetzen und deren Interaktionen zu erfassen:

- die Gruppe, um in der Gegenüberstellung der Kliniken ihre Übereinstimmung zu beweisen,
- die Emotionalität, für die sich auf dem Profilblatt einige Unterschiede ergeben haben,

EWL-K Profilblatt

auf Anzahl der Items bezogener Roh- oder Mittelwert für rechts mit + bezeichnete Skalen



auf Anzahl der Items bezogener Roh- oder Mittelwert für links mit + bezeichnete Skalen

Subskalen-Werte

	1	2	3
A Aktiviertheit hoch (+)	5.06	4.59	
C Desaktiviertheit niedrig (–)	2.16	1.87	
D Müdigkeit niedrig (–)	2.74	1.74	
E Benommenheit niedrig (–)	0.8	0.3	
F Extravertiertheit hoch (+)	4.72	4.47	
G Introvertiertheit niedrig (–)	0.92	0.57	
H Selbstsicherheit hoch (+)	3.61	3.48	
I Stimmung hoch (+)	4.26	4.06	
J Erregtheit niedrig (–)	3.18	1.92	
K Empfindlichkeit niedrig (–)	0.95	0.69	
L Ärger niedrig (–)	0.46	0.16	
M Ängstlichkeit niedrig (–)	1.53	1.06	
N Deprimiertheit niedrig (–)	1.84	1.50	
O Verträumtheit niedrig (–)	2.35	1.37	

1) KLINIK 1+2 GRUPPE STABIL
2) Q1 + Q2
3) PATIENTENZAHL: 16

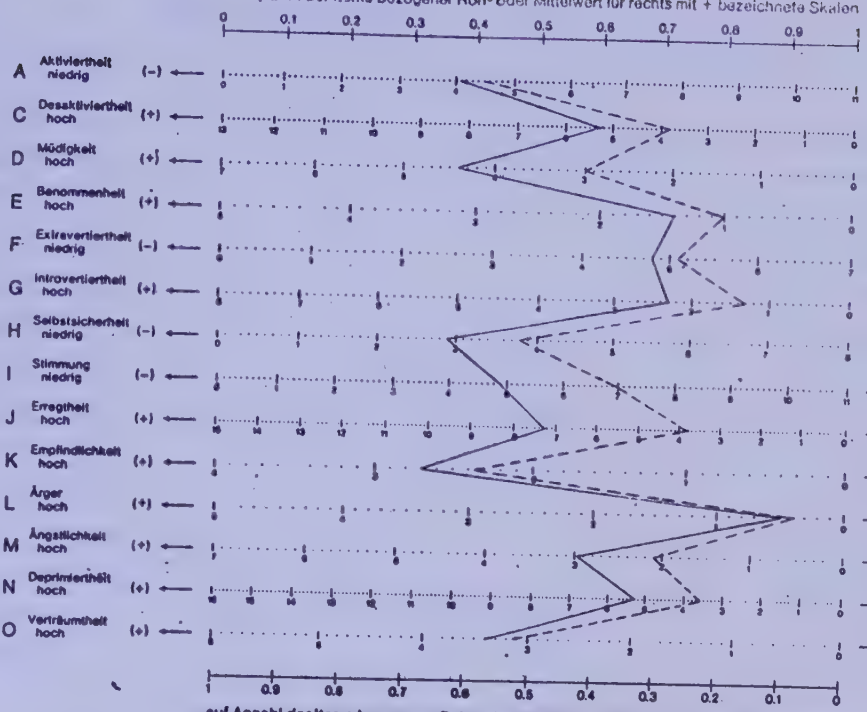
vorher
nachher

Abb. 5

Urheberrechtlich geschützt.
Copyright by Verlag für Psychologie
Dr. C. J. Hogrefe, Göttingen

EWL-K Profilblatt

auf Anzahl der Items bezogener Roh- oder Mittelwert für rechts mit + bezeichnete Skalen



auf Anzahl der Items bezogener Roh- oder Mittelwert für links mit + bezeichnete Skalen

Subskalen-Werte

	1	2	3
A	4.05	4.49	
C	5.26	3.8	
D	4.41	2.99	
E	1.44	0.96	
F	4.76	5.13	
G	2.27	1.29	
H	2.88	3.83	
I	4.92	6.96	
J	7.3	3.81	
K	2.68	2.35	
L	0.49	0.42	
M	2.95	2.06	
N	5.31	3.56	
O	3.38	3.14	

Urheberrechtlich geschützt.
Copyright by Verlag für Psychologie
Dr. C. J. Hogrefe, Göttingen

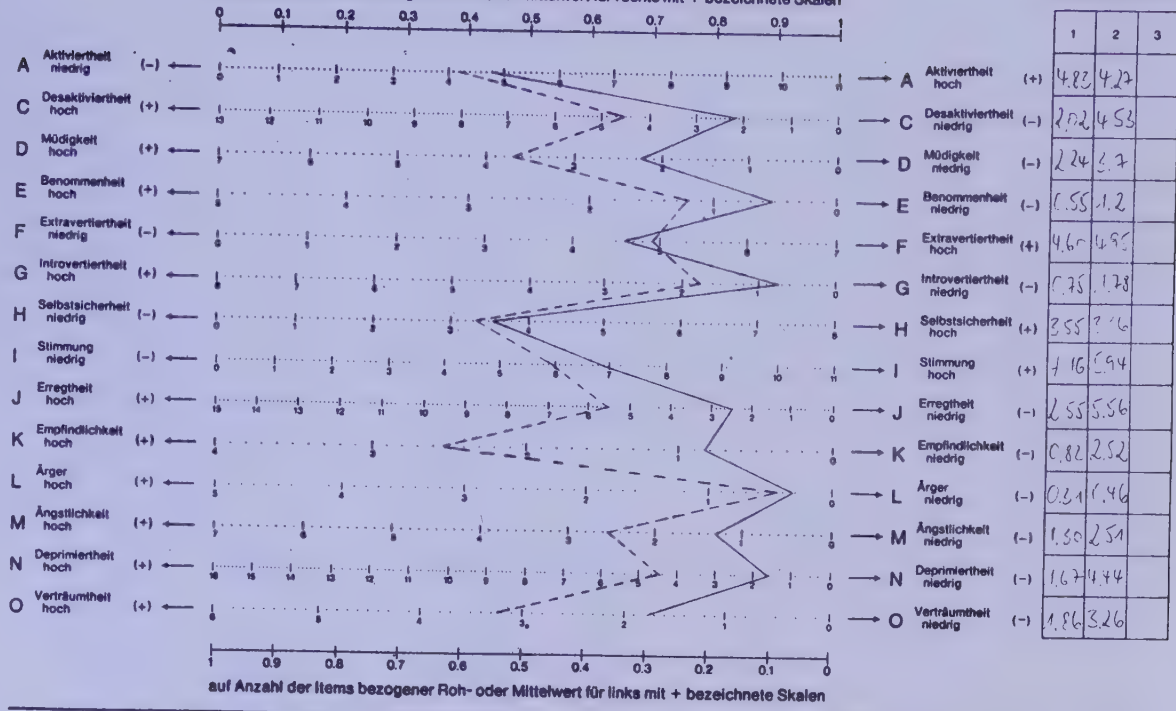
1) KLINIK 1+2 GRUPPE LABIL
2) Q3 + Q4
3) PATIENTENZAHL: ~ 28

vorher
nachher

Abb. 5

Abb. 5

EWL-K Profilblatt



Subskalen-Werte

	1	2	3
A	4.83	4.27	
C	2.02	4.53	
D	2.24	2.7	
E	1.55	1.2	
F	4.65	4.95	
G	1.75	1.28	
H	3.55	2.16	
I	4.16	5.94	
J	2.55	5.56	
K	0.82	2.52	
L	0.31	1.46	
M	1.50	2.51	
N	1.67	4.44	
O	1.86	3.26	

1) KLINIK 1+2 GRUPPE STABIL
2) GRUPPE LABIL
3) PATIENTENZAHL: 44

vorher + nachher ———
vorher + nachher - - - - - -

466.6

Urheberrechtlich geschützt.
Copyright by Verlag für Psychologie
Dr. C.J. Hogrefe, Göttingen

Abb. 6

- die einzelnen Skalen der EWL, um Lage und Veränderung einzelner Befindlichkeitsparameter zu prüfen,
- die Kurwirkung in der Erwartung eines statistisch signifikanten Kurerfolges, der sich bei der Betrachtung der Profilblätter abzeichnet.

Die computermäßige Auswertung der Varianzanalyse (Abb. 7) bestätigte unsere Erwartung bis auf ein überraschendes Ergebnis, die Wechselwirkung zwischen Zeit (Befindlichkeitsänderung) und Persönlichkeitsmerkmal (stabil - labil) betreffend. Unter den Punkten "Emotionalität" und "Kurwirkung" soll hierauf näher eingegangen werden.

Im folgenden eine Beschreibung der Interaktionen aller vier Faktoren:

Gruppe:
Alle überprüften Skalen (Items) der EWL in den Gruppen Klinik 1 und 2 wurden im Sinne einer Regressionsgeraden über die jeweils 22 Patientinnen gemittelt und miteinander verglichen (G).
Es ergibt sich hier keine signifikante Differenz zwischen den beiden Kliniken, was uns die Betrachtung der 44 Patientinnen als ein gemeinsames Kollektiv erlaubt.

Emotionalität:
Die nach der FPI-Skala "Emotionale Labilität" unterschiedenen Gruppen zeigen für den Zeitfaktor (Befindlichkeitsänderung = vorher - nachher), daß die labile Gruppe generell negativer als die stabile Gruppe liegt (E; Abb. 6), die positive Befindlichkeitsänderung aber gleichsinnig erfolgt (KGE). Somit ist die erwartete Wechselwirkung zwischen Zeit und Persönlichkeitsmerkmal nicht eingetroffen.

ANALYSIS OF VARIANCE FOR 1-ST
DEPENDENT VARIABLE - AKTIV1 DESAK1 MUED1 BENOMM1 EXTRAV1 INTROV1 SELB1 STIMM1 ERREG1
EMPFIND1 AERG1 AENGST1 DEPRIM1 VRTRAEU1 AKTIV2 DESAK2 MUED2 BENOMM2
EXTRAV2 INTRO2 SELB2 STIMM2 ERREG2 EMPFIND2 AERG2 AENGST2 DEPRIM2
VRTRAEU2

	SOURCE	SUM OF SQUARES	DEGREES OF FREEDOM	MEAN SQUARE	F	TAIL PROB.
	MEAN	5046561.70105	1	5046561.70105	809.66	0.0
	GRUPPE	6937.59634	1	6937.59634	1.11	0.2978
	EMOT	59619.21682	1	59619.21682	9.57	0.0036
	GE	2844.02529	1	2844.02529	0.46	0.5033
1	ERROR	249316.66293	40	6232.96657		
	KUR	16712.55807	1	16712.55807	5.47	0.0245
	KG	2151.97951	1	2151.97951	0.70	0.4065
	KE	2786.33323	1	2786.33323	0.91	0.3455
	KGE	562.40671	1	562.40671	0.18	0.6703
2	ERROR	122292.16885	40	3057.30422		
	ITEM	247837.09699	13	19064.39223	22.74	0.0
	IG	3445.54237	13	265.04172	0.32	0.9897
	IE	24416.15161	13	1878.16551	2.24	0.0074
	IGE	8813.36567	13	677.95121	0.81	0.6514
3	ERROR	436041.38469	520	838.54112		
	KI	8359.11900	13	643.00915	1.99	0.0195
	KIG	2355.49486	13	181.19191	0.56	0.8845
	KIE	3108.46915	13	239.11301	0.74	0.7225
	KIGE	2659.46078	13	204.57391	0.63	0.8259
4	ERROR	167761.20527	520	322.61770		

NUMBER OF WORDS OF STORAGE USED 2895

Abb. 7

Abb. 7

P 0,05 = 5% = signifikant
G = Gruppe (Klinik 1,2)
E = Emotionalität (Stabil-Labil)
K = Kureffekt (vorher-nachher)
I = Item (= Skala = Skalen der EWL)

G Klinik 1,2 unterscheiden sich nicht signifikant im Mittel über alle Items.

E Stabile und Labile unterscheiden sich signifikant im Mittel über alle Items.

GE Im Mittel über alle Items unterscheiden sich Stabile und Labile in den beiden Kliniken nicht signifikant.

K Der Vorher-nachher-Effekt gemittelt über alle Items, über Klinik 1,2 und über Stabil-Labil ist signifikant.

KG Der Kureffekt in Klinik 1,2 ist nicht signifikant unterschiedlich.

KE Der mittlere Kureffekt bezogen auf Stabil-Labil ist nicht signifikant unterschiedlich.

KGE Der mittlere Kureffekt bezogen auf Stabil-Labil unterscheidet sich nicht signifikant für Klinik 1,2.

I Alle Items haben signifikant unterschiedliche Mittelwerte.

IG Das Itemprofil ist in Klinik 1,2 nicht signifikant unterschiedlich.

IE Das Itemprofil ist bei Stabil-Labil signifikant unterschiedlich.

IGE Es besteht keine signifikante Differenz im Unterschied der Itemprofile Stabil-Labil in Klinik1,2.

KI Der Kureffekt für die einzelnen Items ist signifikant unterschiedlich.

KIG Der Kureffekt für das Itemprofil unterscheidet sich nicht signifikant in Klinik 1,2.

KIE Der Kureffekt für das Itemprofil unterscheidet sich nicht signifikant für Stabil-Labil.

KIGE Der Kureffekt für das Itemprofil von Stabil-Labil in Klinik 1,2 ist nicht signifikant unterschiedlich.

Skala (Item):
Alle Skalen haben signifikant unterschiedliche Mittelwerte (I), die Profile für Klinik 1 und 2 weichen jedoch nicht signifikant voneinander ab (IG, Abb. 3). Im Gegensatz dazu ist für die Gruppen stabil - labil ein Unterschied im Skalenprofil zu erkennen, der für beide Kliniken gleichsinnig nachzuweisen ist (IE, IGE, Abb. 6).

Kurwirkung:
Um eine Kurwirkung nachweisen zu können, stellten wir den Skalenmittelwert bei Kurantritt demjenigen nach 4-wöchigem Aufenthalt entgegen. Für die beiden Gruppen stabil - labil ergibt sich insgesamt eine Rechtsverschiebung im Sinne einer signifikanten Verbesserung der subjektiven Befindlichkeit (K, KG, KE, KIG, Abb. 3, 4, 5).

Überraschenderweise zeigen die labilen Patientinnen keine deutlichere Befindlichkeitsbesserung als die stabilen (KE). Zwar ergibt der Vergleich der Skaleneinzelwerte untereinander Abweichungen in der Auswirkung des Kureffektes (KI), für die beiden Gruppen stabil und labil zeigt der Kureffekt gleicher Einzelskalen jedoch keine signifikanten Unterschiede (KIE, KIGE). Dieses Ergebnis läßt sich aus der graphischen Darstellung nicht ablesen (Abb. 5). Denn da sich die drei Skalen A, F und H bei den stabilen für "nachher" nach links verschoben haben, vermuteten wir ein anderes Resultat.

Abschließend kann festgestellt werden, daß ein Kurerfolg bei allen Patientinnen auch statistisch beweisbar eingetreten ist.

4. Diskussion

Die vorliegende Untersuchung sollte als erstes möglichst umfassende Beschreibungen von zwei Kurkliniken geben sowie Unterschiede in deren Kurmitteln, Arbeitsweisen und gynäkologischen Patientinnen durch Nebeneinanderstellung der Ergebnisse deutlich werden lassen.

Die statistische Auswertung der gesammelten Daten entsprach den gestellten Erwartungen (s. auch Einleitung).
Bei der Kurklinik "Paracelsus" in Bad Schwalbach (Klinik 1) handelt es sich um ein Haus der BfA mit dem Schwerpunkt Moortherapie, die"Kurkliniken Am Burggraben" in Bad Salzuflen (Klinik 2) werden von der LVA belegt und besitzen ausschließlich Solequellen. Insofern ergaben sich Unterschiede sowohl 1. in der Belegung der Kliniken mit Patientinnen verschiedener sozialer Schichten als auch 2. in den Aufnahmegründen, die abhängig sind von Indikationen und Kontraindikationen (BAATZ) für Moor und Sole.

ad 1. Das Berufsbild der "höher qualifizierten Bürotätigkeiten" war in Klinik 1 überwiegend vertreten, während die "Anlernberufe", unter die die große Gruppe der Arbeiterinnen zusammengefaßt wurde, für Klinik 2 als bezeichnend gelten konnte. Letztere Patientinnen hatten durchschnittlich mehr Kinder zu versorgen,und man gestand ihnen weitaus öfter einen verlängerten Kuraufenthalt von ein bis zwei Wochen zu. Es ist anzunehmen, daß die Arbeiterinnen durch ihre schwere und eintönige körperliche Belastung eine längere Zeit zur Rekonvaleszens benötigen als die Patientinnen der Kurklinik in Bad Schwalbach. In Betracht gezogen werden sollte auch daß die Frauen aus Klinik 2 im Durchschnitt etwa 10 Jahre älter waren als diejenigen aus Klinik 1.

ad 2. Abgesehen von der Indikation "Zustand nach Unterleibs-Operationen", die für beide Kliniken mit nur geringem prozentualen Unterschied an erster Stelle stand, konnten für Klinik 1 mehr Patientinnen mit den Aufnahmegründen "Sterilität" oder "sonstige Beschwerden" nachgewiesen werden. Indikationen zur Moortherapie sind u.a. die Sterilität und der habituelle Abort, (der zu "sonstige Beschwerden" gerechnet wurde), bei denen die Soletherapie nichts auszurichten vermag. 23 % der Patientinnen in Klinik 1 gaben anamnestisch eine oder mehrere Fehlgeburten an, während die verschwindend kleine Anzahl der Angaben über Aborte der Frauen in Klinik 2 einen Hinweis darauf entbehrlich erscheinen ließ. Begründet werden mag dieser Unterschied damit, daß die sozial schlechter gestellten Frauen der LVA-Klinik mit ihrer größeren Kinderzahl und Mehrfach-Belastungen einem Abort mangels Aufklärung weniger Beachtung schenken und sich somit auch weniger ärztlich behandeln lassen.

In Bad Salzuflen waren dagegen mehr Patientinnen mit einer Operation nach einem Mammacarcinom vertreten. Da 75 % aller Mammacarcinome nach dem 40. Lebensjahr auftreten (KEPP / STAEMMLER), ist die Häufung dieser Erkrankung in Klinik 2 (3 : 1) schon durch das durchschnittlich zehn Jahre höhere Lebensalter der Patientinnen in Klinik 2 zu erklären.

Die Datensammlung aus den Archivkrankenblättern und deren statistische Auswertung ermöglichte des weiteren die Gegenüberstellung mit den beiden aktuellen Stichproben in jeder Klinik, deren Daten in eben derselben Weise aufgenommen und in den Punkten Altersverteilung, Berufsbild, Familienstand und Kinderzahl mit der Jahresstichprobe verglichen wurden. Wie zu erwarten, ergaben sich weder für die eine noch für die andere Klinik Abweichungen in allen Punkten.

Die Frage nach einer Kurwirkung wurde in einem dritten Schritt mit Hilfe eines standardisierten psychologischen Fragebogens an dem aktuellen Stichprobenkollektiv von jeweils 22 Patientinnen in Klinik 1 und Klinik 2 untersucht: der Eigenschaftswörterliste als Befindlichkeitsparameter.

Soziale Unterschiede sowie alle Umgebungsfaktoren, die für die Patientinnen der beiden Kliniken eindeutig nachzuweisen waren, spielten wider Erwarten weder bei der Ausgangsbefindlichkeit noch bei der Befindlichkeitsänderung eine systematische Rolle. Für alle Frauen war im Schnitt gleichermaßen eine Verbesserung nachweisbar.

Mit Hilfe der Skala "Emotionale Labilität" des Freiburger Persönlichkeitsinventars, die die Patientinnen in eine psychisch "stabile" und eine "labile" Gruppe unterteilte, sollte nun überprüft werden, ob sich der Kuraufenthalt vielleicht anders auf Patientinnen mit diesen unterschiedlichen Persönlichkeitsmerkmalen auswirken würde. Da eine stabile Persönlichkeit weniger emotionellen Schwankungen unterworfen ist, gingen wir von der Annahme aus, daß auch eine Kur weniger Wirkung zeigen müsse.

Das Ergebnis bestätigte die Überlegung in dieser Form nicht. Zwar wiesen die "stabilen" Personen eine bessere Ausgangs- und Endposition in ihrer Befindlichkeit auf, das Ausmaß der Verbesserung war jedoch vergleichbar mit dem der "labilen" Patientinnen. Da wir die Kurwirkung allein in ihrer Gesamtheit, d.h., ohne Aufschlüsselung nach körperlichen Maßnahmen, Psychotherapie und Umweltfaktoren untersucht hatten, könnte der Kureffekt bei den beiden Persönlichkeitsgruppen durch verschieden starke Auswirkungen dieser einzelnen Faktoren zustande gekommen sein. So mochten z.B. die balneotherapeutischen Anwendungen eine größere Wirkung bei der "stabilen" Persönlichkeit entfaltet haben, während die "labilen" Patientinnen eher auf die Entlastung vom Alltagsstreß oder auf die Psychotherapie reagierten.

Somit brachte der Kuraufenthalt gleichermaßen positive Einflüsse für verschiede Bevölkerungsgruppen als auch für verschiedene Persönlichkeitsstrukturen, wobei sich Balneotherapie und Psychotherapie sinnvoll ergänzen dürften.

Bei diesem Ergebnis sollte man dennoch die Frage stellen, ob eine ähnlich positive Befindlichkeitsänderung nicht auch für Patientinnen zu erwarten wäre, die "nur" in Urlaub geschickt würden. Dafür spricht z.B., daß ein Kuraufenthalt trotz unterschiedlicher Kliniksbedingungen und trotz unterschiedlicher Patientenpopulation in gleicher Weise wirkt. Da uns für eine Untersuchung dieser Art die Kontrollgruppe fehlte, müssen wir es auf der Frage beruhen lassen.

5. Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Arbeit war die Dokumentation über den Betrieb zweier Kurkliniken und über die Persönlichkeitsmerkmale der jeweiligen Patientenpopulation, untersucht am Beispiel der Kurklinik "Paracelsus" in Bad Schwalbach (Klinik 1) und der "Kurkliniken Am Burggraben" in Bad Salzuflen (Klinik 2).

Der Nachweis einer Befindlichkeitsänderung während eines Kuraufenthaltes sollte einen orientierenden Hinweis auf eine mögliche Kurwirkung geben.

In einem ersten Schritt wurden die beiden Kurkliniken und ihre balneotherapeutischen Einrichtungen beschrieben sowie die archivierten Krankenakten des Jahres 1980 von jeweils 300 Patientinnen mit Hilfe eines gemeinsam erstellten Untersuchungskatalogs statistisch ausgewertet. Die Nebeneinanderstellung der Ergebnisse sollte die Unterschiede verdeutlichen, die sich aus sozialem Status, Kinderzahl, Arbeitsbereich und Operationen mit Beschwerdebildern der Patientinnen von Klinik 1, einem Haus der BfA und Klinik 2, zur LVA gehörig, ergaben. Auch sollten Arbeitsweise und Therapiemöglichkeiten der beiden Kliniken dargestellt werden.

Dieses Vorgehen ermöglichte in einem zweiten Schritt die Zuordnung der aktuellen Stichprobe von jeweils 22 Patientinnen, deren Krankenakten in der gleichen Weise statistisch erfaßt wurden, zu den Archivstichproben, da die zu untersuchenden Gruppen als repräsentativ für die jeweiligen Kliniken gelten mußten.

Um eine Befindlichkeitsänderung während des Kuraufenthaltes zu prüfen, erhielten die Patientinnen jeweils am Anfang ihrer Kur und nach 4-wöchigem Aufenthalt einen Befindlichkeitsfragebogen (Eigenschaftswörterliste). Die Hypothese, daß die Gruppe psychisch labiler Frauen sich besser erholen würde als die psychisch stabiler, wurde mit Hilfe eines Persönlichkeitsfragebogens (Freiburger Persönlichkeitsinventar) überprüft, dessen Skala "Emotionale Labilität" zur weiteren differentiellen Auswertung der Eigenschaftswörterliste herangezogen wurde.

Diese Hypothese ließ sich nicht bestätigen. Die Auswertung der standardisierten psychologischen Fragebögen ergab eine positive Befindlichkeitsänderung bei beiden Gruppen. Auch durch die Gegenüberstellung der Kliniken konnten keine Unterschiede herausgearbeitet werden.

Eine positive Änderung der Befindlichkeit während der Kur ließ sich demnach unabhängig von der Gruppen- oder Klinikzugehörigkeit eindeutig statistisch nachweisen.

Die bei der Interpretation der Ergebnisse aufgetretenen Fragen wurden diskutiert.

L i t e r a t u r

BAATZ, H. Balneotherapie der Frauenkrankheiten, Wissenschaftliche Reihe des Deutschen Bäderverbandes, 1979: 7, 8 - 21, 22

BAATZ, H. Der Kreuzschmerz der Frau, Niedersächsisches Ärzteblatt, 1976: 2, 55

BAATZ, H. Kapitel XVII, 9. Frauenkrankheiten, aus: Amelung, W., Evers, A., Handbuch der Bäder und Klimaheilkunde, 1962: 966

BAATZ, H. Gynäkologische Balneotherapie, Therapiewoche 30, 1980: 6511

BAATZ, H. Moortherapie, Gynäkol. Prax. 3, 1979: 668

BAATZ, H. Psychische Wirkungsfaktoren im Heilbad, Sonderdruck aus: Der Kur- und Badearzt, Heft 9/68, 1968: 4

BAATZ, H. Wissenschaftliche Schriftenreihe des Staatsbades Pyrmont IV, 1974: 37, 59

BRAITENBERG, H. Die balneologische Behandlung der gynäkologischen Erkrankungen, Wiener Medizinische Wochenschrift, 1963: 343

EHRET, B. Die psychische Situation unterleibsoperierter Frauen aus der Sicht der gynäkologischen Rehabilitation, Therapiewoche 30, 1980: 6583

FAHRENBERG, J., SEGL, H., HAMPEL, R. — Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI aus: FPI-Manual, Göttingen, Toronto, Zürich, (Hogrefe), 1978

GOTTSCHALK, S. — Physikalische Therapie in Gynäkologie und Geburtshilfe, aus: Handbuch der physikalischen Therapie 2/2, Leipzig, 1902: 171

GROSSARTH-MATICEK, R. — Soziales Verhalten und die Krebserkrankung, Beltz Forschungsberichte, 1979: 221

HODAPP, V., WEYER, G. — Weiterentwicklung von Fragebogenskalen zur Erfassung der subjektiven Belastung und Unzufriedenheit von Hausfrauen (SBUS-H), aus: FPI-Manual, Göttingen, Toronto, Zürich, (Hogrefe), 1978

JANKE, W., DEBUS, G. — Die Eigenschaftswörterliste EWL, Göttingen, Toronto, Zürich, (Hogrefe), 1978

JOCHHEIM, K.-A., SCHOLZ, J.F. — Rehabilitation, Band II, Stuttgart, 1975: 266 - 268

KEPP / STAEMMLER — Lehrbuch der Gynäkologie, Thieme, 1982: 160, 455

KOBLANCK — Spezielle Balneo- und Klimatherapie der Frauenkrankheiten und der Schwangerschaft, aus: Dietrich, Kaminer, Handbuch der Balneologie, medizinischen Klimatologie und Balneotherapie, Band V, Leipzig, 1926: 359

KREDEL, L. Möglichkeiten der Rehabilitation von Tumorpatienten in einer Kurklinik, aus: Der Kassenarzt 21, Heft 40, 4103

LIENERT, G.A. Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik, Band I, Meisenheim/Glau, 1973

PFLEIDERER, A., EISSENHAUER, W. Probleme der Krebsnachsorge, Reihe: Beiträge zur Onkologie, Bd. IV, Basel, 1980: 92

STOLL, P. Wie sieht der Kliniker die Aufgaben der Frauenheilbäder, Therapiewoche 30, 1980: 6560

WIECK, W.P., SCHMIDT-MODROW, G. Menopause: Wenn eine Frau keine Hormone nehmen darf, Ärztliche Praxis 7/80, 1980: 1897

ZANDER, J., GOEBEL, R. Psychologie und Sozialmedizin in der Frauenheilkunde, 1977: 80

1. Aufnahme

1.1. Aufnahmegrund
- Mamma-Ca
- Unterleibs-Ca
- Unterleibsoperationen
- Sterilität
- sonstige Beschwerden

1.2. Dauer des Aufenthaltes
- Ankunftsdatum
- Anzahl der Tage

1.3. Wiederh. Kuraufenthalt
- Anzahl
- gleiche Klinik
  - Beschwerdegrund
- sonstige Klinik
  - Beschwerdegrund

1.4. Kassenzugehörigkeit
- RVO
- Ersatzkasse
- Privatkasse

1.5. Versich. Zugehörigkeit
- LVA
- BFA
- Privat

2. Diagnostik
- Labor
- Röntgen
- EKG Ruhe
  - Belastung
  - Langzeit
- gyn. Untersuchung

3.1.1. Medien

3.1.1.1. Peloide
- Moor
- Fango
- Mineralschlamm
- org. Schlamm
- Schlick
- Sand
- Kreide
- Tonerde

3.1.1.2. Quellen
- Sole
- Kochsalz
- Chlor-Kalzium
- Glaubersalz
- Gips
- erdige Quelle

3.1.1.3. Quellgase
- Schwefel
- CO_2
- O_2

3.1.1.4. Wässer
- radioaktive Wässer
- Schwefel
- CO_2
- Mineralwässer
- Eisen
- Arsen
- Jod
- alk. Wässer
- Wildwässer
- Meerwässer

3.1.2. Med. Bäder

3.1.2.1. Baldrian

3.1.2.2. Brom-Baldrian

3.1.2.3. Kamille und Eichenrinde

3.1.2.4. Tannolact

3.1.3. Hydrotherapie (Kneipp'sche Wasseranwendungen)
3.1.3.1. ansteigende Armbäder
3.1.3.2. ansteigende Fußbäder
3.1.3.3. Wechselduschen
3.1.3.4. Wassertreten

3.1.4. Kurformen

3.1.4.1. Bäderart	Sitzbad
	Halbbad
	Dreiviertelbad
	Teilebad
	Vollbad
3.1.4.2. Badeeinheiten	
3.1.4.2.1. Temperatur	28° C
	30° C
	34° C
	36° C
	37° C
	Wärmetyp I 39-42° C
	Wärmetyp II 41-44° C
	Wärmetyp III 42-46° C
3.1.4.2.2. Anzahl/Woche	1x
	2x
	3x
3.1.4.2.3. Dauer d. Bades	10 min
	15 min.
	20 min.
	30 min.
	45 min.
3.1.4.3. vaginale Applikationsform	
	Heilquellen
	Peloide
	CO_2-Durchströmung
	Quellgasdurchströmung
	Soledusche
	Moorplombe

3.2. Unterstützende Faktoren der Balneotherapie

3.2.1. Sauna	
3.2.2. Schwimmen	
3.2.3. verdauungsförd. Maßnahmen	Rektalklysmen
	Darmbäder
	Diät
	Gymnastik
3.2.4. Trinkkuren	
3.2.5. Klimatische Kuren	Liegekuren
	Terrainkuren
3.2.6. Gymnastik	Krankengymn.
	Atemgymn.
	Venengymn.
	Beckenbodengymn.
	Bewegungsbad
	Ergotraining
	Dynavit-Training
3.2.7. Massagen	Massage einfach
	Bindegewebe
	Unterwasser
3.2.8. Chirogymnastik	
3.2.9. Physiotherapie	Niederfrequenzstrom (Microwelle)
	Mittelfrequenzstrom (Nemectrod)
	Ultrakurzwelle (Ultraschall)
	Kurzwelle
	2-Dezimeterwelle
	Gleichstrom (Iontophorese)
	Diadynamik
	Höhensonne
	Infrarot
	Teilglühlichtbad

3.2.10. Diätetik	
3.2.10.1. Kost	Schonkost
	Reduktionskost
	Diabeteskost
	Aufbaukost
3.2.10.2. Kurse	Seminar für Übergewichtige
	Diätberatung
3.2.11. Medikamententherapie	
3.2.12. Inhalationen	Solesprühnebel
	Sole-Rauminhalation
	Medikamentenvernebler
	Medikamenten-Rauminhalation
3.3. Gynäkologische Eingriffe	
3.4. Psychotherapie	
3.4.1. Durchführende Personen	
3.4.2. Anlaß	
3.4.3. Theoretisches Konzept	
3.4.4. Stützendes Gespräch	
3.4.5. Häufigkeit	
3.4.6. Autogenes Training	
3.4.7. Jacobson Muskelentspannungstraining	
3.4.8. Raucherentwöhnung	

4. Anamnese	
4.1. Sozialstruktur	
4.1.1. Alter z.Z. der Kur	Zahl
4.1.2. Familienstand	ledig
	verheiratet
	geschieden
	getrennt lebend
	verwitwet
	mit Partner zusammenleb.
4.1.3. Kinder	Anzahl
4.1.4. Fehlgeburten	Anzahl
4.1.5. Frühgeburten	Anzahl
4.1.6. Beruf d. Patientin	Hausfrau
	Arbeiterin
	Anlernberuf
	Ausbildungsberuf
	leitende Tätigkeit
	akademische Ausbildung
4.1.7. Schichtarbeit	Normalschicht
	Halbtagsschicht
	Wechselschicht
	Akkord
4.1.8. Krankheitsstruktur	Operationen
	Diagnosen
	Jetzige Beschwerden

Position	Code-Nr.	Unterbegriff	Oberbegriff
KURTEILNAHME			
1	1	Bad Schwalbach	Klinik
	2	Bad Salzuflen	
2-4			Patientennr.
5	1	Mamma-Ca	Aufnahmegrund
	2	Unterleibs-Ca	
	3	Mamma- u. Unterleibs-Ca	
	4	Unterleibs-Op	
	5	Sterilität	
	6	sonstige Beschwerden	
6-9		Ankunftsdatum	Dauer des Aufenthaltes
10-11		Anzahl der Tage	
12	9	Abbruch	
13		Anzahl	Wiederholter Kuraufenthalt
14		Anzahl gleiche Klinik	
15	1	post-op. gleiche Beschw.	
	2	sonst. Beschwerden	
	3	= 1 u. 2	
16		Anzahl sonstige Klinik	
17	1	post-op. gleiche Beschw.	
	2	sonst. Beschwerden	
	3	= 1 u. 2	
18	1	RVO-Kasse	Kassenzugehörigkeit
	2	Ersatzkasse	
	3	Privatkasse	
19	1	BFA	Versicherungszugehörigkeit
	2	LVA	
	3	Privat u. Kasse	
	4	Privat	
DIAGNOSTIK			
20	1	Labor Routine	Diagnostik
	2	Labor weiterführendes	
21	1	Röntgen	
22	1	Ruhe-EKG	
	2	Belastungs-EKG	
	3	Langzeit-EKG	
23	1	gyn. Aufnahmeuntersuchung	
	2	1 u. Basaltemperatur, Vaginalsmear	

Position	Code-Nr.	Unterbegriff	Oberbegriff
24	1	Vorsorgeuntersuchung	
THERAPEUTISCHE MAßNAHMEN			
25-26		Anzahl Vollbad	Moor
27-28		Anzahl Halbbad	
29-30		Anzahl Höschen	
31-32		Anzahl Teilpackung	
33-34		Anzahl Moorkneten	
35-36		Anzahl Lehmwickel	
37	1	Packung	Fango
	8	Ablehnung	
	9	Abbruch	
38-39		Anzahl 2%	Sole
40	1	6%	
	9	Abbruch	
41	1	28° C	
	2	30° C	
	3	34° C	
	4	36° C	
	5	37° C	
42	1		CO_2-Trockenbad
	9	Abbruch	
43	1		O_2-Bad
	9	Abbruch	
44-45		Anzahl einfach	CO_2-Stahlbad
46-47		Anzahl mit Vitazusatz	
48-49		Anzahl Baldrian	Med. Bäder
50-51		Anzahl Brom-Baldrian	
52	1	Kamille-Eichenrinde	
	2	Tannolact	
53	1	anst. Fußbäder	Hydrotherapie
	9	Abbruch	
54-55		Anzahl	
56	1	anst. Armbäder	
	9	Abbruch	
57-58		Anzahl	

Position	Code-Nr.	Unterbegriff	Oberbegriff
59	1	Wechselduschen	
	9	Abbruch	
60-61		Anzahl	
62-63		Anzahl Wassertreten	
64	1		Sauna
	8	Ablehnung	
	9	Abbruch	
65	1		Schwimmen
	8	Ablehnung	
	9	Abbruch	
66	1	Diät	Verdauungsfördernde
	2	Abführmittel	Maßnahmen
	3	= 1 u. 2	
	9	Abbruch	
67	1	Gruppe	Krankengymnastik
	2	Einzel	
68-69		Anzahl	
70	9	Abbruch	
71	1	Atemgymnastik	
	9	Abbruch	
72-73		Anzahl	
74-75		Anzahl Venengymnastik	
76-77		Anzahl Beckenbodengymn.	
78	1	Gruppe	Bewegungsbad
	2	Einzel	
	8	Ablehnung	
	9	Abbruch	
79-80		Anzahl	
81-82		Anzahl	Ergotraining
83-84		Anzahl	Dynavit-Training
85	1	Teil-, einfach	Massage
	2	Ganzkörper	
	3	Bindegewebe	
	4	einfach u. Bindegew.	
	5	Lymphdrainage	
86-87		Anzahl	
88	1	Unterwassermassage	
	9	Abbruch	

Position	Code-Nr.	Unterbegriff	Oberbegriff
89-90		Anzahl	
91	1		Chirogymnastik
92	1	"Nemectrodyn"	Elektrotherapie
	2	andere	
	9	Abbruch	
93-94		Anzahl	
95	1	Magen	Schonkost
	2	Galle	
	3	Leber	
96	1	Niere u. Herz	
97	1	Nulldiät	Reduktionskost
	2	600 kcal	
	3	800 kcal	
	4	1000 kcal	
	5	1200 kcal	
	6	1500 kcal	
	7	1800/2000 kcal	
	8	2400 kcal	
98	9	Abbruch	
99	1	1-2 Safttage/Woche	
	2	1-2 Apfelreistage/Woche	
	3	= 1 u. 2	
100	1		Diabeteskost
101	1		Aufbaukost
102	1	Seminar f. Übergew.	Diätkurse
	2	Diätberatung	
	3	Kursart nicht erkennbar	
103	1		Hormontherapie
	8	Ablehnung	
104	1	Sole	Inhalationen
	2	Medikamente	
	3	= 1 u. 2	
105	1	Discision häutiger Damm	Gyn. Eingriffe
	2	Ätzen von Granulationen	
106	1	Einzelgespräch	Psychotherapie
	8	Ablehnung	
107	1	Autogenes Training	
	7	nicht erlernt	
	8	Ablehnung	
	9	Abbruch	
108	1	Jacobson-Training	
	9	Abbruch	

Position	Code-Nr.	Unterbegriff	Oberbegriff
109	1	Raucherentwöhnung	
	8	Ablehnung	
	9	Abbruch	
SOZIALSTRUKTUR			
110-111			Alter
112	1	ledig	Familienstand
	2	verheiratet 1. Mal	
	3	verheiratet 2. Mal	
	4	geschieden	
	5	getrennt lebend	
	6	verwitwet	
113	1	mit Partner zusammenleb.	
114-115		Anzahl	Kinder
116		Anzahl	Frühgeburten lebend
117		Anzahl	Fehlgeburten/Totgeburten
118		Anzahl	Interruptio
119-120	01	Hausfrau	Beruf
	02	Rentnerin	
	03	Anlernberufe	
	04	gewerbl.-techn. Ausb.	
	05	med.-sozial-pädag. Ausb.	
	06	höher qualif. Bürotätigk.	
	07	sonstige Bürotätigkeit	
	08	Verkäuferin = Kassiererin	
	09	Sonstige	
	10	leitende Tätigkeit	
	11	akadem. Ausbildung	
121	1	Normalschicht	Schichten
	2	Halbtagsschicht	
	3	Wechselschicht	
	4	Akkord	
	5	= 1 u. 4	
	6	= 2 u. 4	
	7	= 3 u. 4	
122		Anzahl	Personenhaushalt
DIAGNOSEN UND BESCHWERDEN			
123	1		Unterleibserkrankung
	2	Zustand n. U.-OP	
	3	= 1 u. 2	
124	1	bestand vor OP	
	2	nach OP aufgetreten	
125	1	nach OP besser/verschwunden	
	2	nach OP unverändert/schlechter	

Position	Code-Nr.	Unterbegriff	Oberbegriff
126-127	11	obj./subj. gut gebessert	
	22	" gebessert	
	33	" unverändert	
	44	" verschlechtert	
128	1	ständig	Unterleibsbeschwerden
	2	bei Belastung/gelegentl.	
129			
130			
131-132			
133	1		Lageanomalien
134	1		Horm. Ausfallserscheinungen
135			
136			
137-138			
139	1		Gestörter Schlaf
140			
141			
142-143			
144	1		WS-Syndrom/Beschw. Bewegungsapparat
145			
146			
147-148			
149	1		Herzbeschwerden
150			
151			
152-153			
154	1		Kopfschmerzen/Migräne
155			
156			
157-158			
159	1		Hitzewallungen/Schweißausbrüche
160			
161			
162-163			
164	1		Nervosität/innere Unruhe
165			
166			
167-168			

Position	Code-Nr.	Unterbegriff	Oberbegriff
169	1		Depressionen
170			
171			
172-173			
174	1		Angstzustände
175			
176			
177-178			
179	1		Erschöpfungszustand
180			
181			
182-183			
184	1		Psychoveg. Syndrom
185	1		Schuld/Insuffizienzgef.
186	1		Schamgefühle
187	1		Massive Probleme mit Familie/Partner
188	1		Verzögerte Rekonvalesz.
189	1	während der Kur	Erkältung
190	1	Zunahme seit OP	Gewicht
	2	Abnahme seit OP	
	3	Adipositas	
	4	Untergewicht	
191	1	Zunahme während Kur	
	2	Abnahme während Kur	
	3	stagniert	
192	1	Hypertonie	RR
	2	Hypotonie	
	3	labiler Kreislauf	
193-194			
195	1	stabil während Kur	
	2	schwankend während Kur	
	3	erniedrigt u. Stagnation	
196	1		Mammabeschwerden
197-198			
199	1		Narbenbeschwerden
200-201			

Position	Code-Nr.	Unterbegriff	Oberbegriff
202	1		Varizen
203-204			
205	1		Erkrankungen der Niere u. abl. Harnwege
206-207			
208	1	rel. Harninkontinenz (Grad I-II, Streß)	Miktion
	2	absol. Harninkontinenz (Grad III)	
209			
210			
211-212			
213	1	Dranginkontinenz m. Schmerz	
	2	Dranginkontinenz o. Schmerz	
	3	Oligurie	
214			
215			
216-217			
218	1	Entleerungsstörung d. Blase (Restharn), Pollakisurie, Dysurie	
219			
220			
221-222			
223	1	Diarrhoe	Stuhlgang
	2	Obstipation	
224			
225			
226-227			
228	1	regelmäßig vor OP	Periode
	2	regelmäßig seit OP	
	3	regelmäßig	
	4	unregelmäßig vor OP	
	5	unregelmäßig seit OP	
	6	unregelmäßig/Zyklusstörungen	
229	1	Amenorrhoe	
	2	Oligomenorrhoe 31 Tage	
	3	Polymenorrhoe 28 Tage	
	4	Dysmenorrhoe	
	5	Hypermenorrhoe	
	6	= 4 u. 5	
	7	= 3 u. 5	
	8	= 2 u. 4	
230	1	Menorrhagien 7 Tage	
	2	Metrorrhagien	
	3	= 1 u. 2	

Position	Code-Nr.	Unterbegriff	Oberbegriff
231	1	eingetreten (vor OP)	Menopause
232	1		Dyspareunie/Algopareunie
233			
234			
235	1	o.B.	GV
	2	nicht befriedigend	
	3	nicht vollzogen seit OP	
	4	nicht möglich seit OP	
	5	besser seit OP	
	6	schlechter seit OP	
	7	schmerzhaft seit OP	
236	1	o.B.	Libido
	2	keine/Mangel	
	3	besser seit OP	
	4	Verlust/Mangel seit OP	
237	1		Kinderwunsch

MEDIKAMENTE

238	1	vor Kur erhalten (Östogentabl.)	Hormone
	2	vor Kur erhalten (Depot-Sexualhormon)	
239	1	bei Kurbeginn abgesetzt	
240	1	Hormontherapie während Kur	
241	1	während Kur erhalten (Östrogentabl.)	
242	1	während Kur erhalten (Depot-Sexualhormon)	
243	1	homöopathisches Präparat während Kur erhalten	
244	1	vag. Zäpfchen/Creme während Kur erhalten	
245	1	vor Kur eingenommen	Schlafmittel
246	1	bei Kurbeginn abgesetzt	
	2	erstmalig während Kur erhalten	
	3	bis Kurmitte abgesetzt	
247	1	dasselbe im Verl. d. Kur eing.	
248	1	ein anderes i. Verl. d. K. eing.	
249	1	dasselbe Mitte bis Ende K. eing.	
	2	ein anderes " " " " "	

Position	Code-Nr.	Unterbegriff	Oberbegriff
250	1	während Kur vorübergehend (bis 1 Woche) erhalten	
251	1	vor Kur eingenommen	Hypnotika, Sedativa u. Tranquilantien
252			
253			
254			
255			
256			
257	1	vor Kur eingenommen	Analgetika
258			
259			
260			
261			
262			
263	1	vor Kur eingenommen	Antidepressiva
264			
265			
266			
267			
268			

WIRKSAMSTE KURMAßNAHME

269	1	Fango	Wirksamste Kurmaßnahme
	7	nicht gut	
	8	alle Kurmaßn. abgelehnt	
270	1	Sole	
271	1	Massage	
272	1	Schwimmen	
273	1	Sauna	
274	1	Bewegungsbad	
275	1	Krankengymnastik	
276	1	Atemgymnastik	
277	1	CO_2-Trockenbad	
278	1	anst. Arm-, Fußbäder	
279	1	Unterwassermassage	
280	1	"Nemectrodyn"	
281	1	Chirogymnastik	

Position	Code-Nr.	Unterbegriff	Oberbegriff
282	1	Autogenes Training	
283	1	Jacobson-Training	
284	1	physischer Natur	Beschwerden bei Kurentlassung
285	1	psychischer Natur	
286	1	gut	Allgemeines Wohlbefinden bei Kurentlassung
	2	nicht wesentlich geb.	

OPERATIONEN ARTEN UND URSACHEN

287	1	abdominal	Hysterektomie
	2	vaginal	
	3	Radikal-OP bei Ca	
	4	keine Angabe der Art	
288	1	Blutungen	Ursachen
289	1	Lageanomalien	
290	1	Entzündungen	
291	1	gutartige Tumoren	
292	1	Präcancerosen, atyp. Veränderungen u. Entzünd.	
	2	Vulvektomie wegen Präcanc.	
	3	" " Ca	
293	1	invasives Ca Endometrium	
	2	" " Cervix	
	3	" " ohne Angabe	
	4	Verdacht auf Ca	
294	1	eigener Wunsch	
	2	prophylaktisch	
295	1	Sonstiges	
296	1		Nachbestrahlung bzw. alleinige Radiatio eines Unterleibs-Ca
297	1		Konisation
298	1	re Cystenpunktion/ Cystektomie	Adnex-OP
	2	Teilresektion des Ovars	
	3	Salpingektomie	
	4	Ovarektomie	
	5	Adnektomie	
	6	Teilresektion u. Salpingektomie	
299	1-6	li wie Pos. 298	

Position	Code-Nr.	Unterbegriff	Oberbegriff
300	1	Entzündungen	Ursachen
301	1	gutartige Tumoren	
302	1	Carcinom	
303	1	Sonstiges	
304	1	Senkungs-OP	Funktionell-anatomisch restituierene OP
305	1	Inkontinenz-OP	
	2	OP im Bereich Portio/Scheide/Vulva	
	3	Sonstiges	
306		Anzahl	Abrasio
307	1	Blutungsstörung	Ursachen
	2	diagnostische	
308	1	(V. a.) Abort	
309		Anzahl	Extauteringraviditäten
310	1		Sterilisation
311	1		Maßnahmen zur Ursachenerkennung e. Sterilität
312	1		Maßnahmen zur Behebung einer Sterilität
313		Anzahl	Laparoskopie
314		Anzahl	Sectio
315		Anzahl PE	Mamma-OP
316	1	subcutane Mastektomie	
317	1	Ablatio	
	2	Ablatio bds	
	3	Ablatio u. Rezidiv	
318	1	Ausräumung der Axilla	
319	1	Aufbauplastik	
	2	Aufbauplastik bds	
320	1	Knotenentfernung	
	2	Radiatio	
	3	Chemotherapie	
	4	= 1 u. 2	
321	1	Brustdrüsenveränd.	Ursachen
	2	Ca/Metastasen	
	3	= 1 u. 2	
	4	V. a. Ca	

Position	Code-Nr.	Unterbegriff	Oberbegriff
322		Anzahl	Sonstige nicht gynäkologische OP
323	1		Post-op. Komplikationen
	2	Wohlbefinden durch OP	
324		Anzahl	Gesamtzahl Eingriffe
325-328		Monat/Jahr	Letzte gynäkologische OP vor der Kur

Code-Nr. 0 = keine Angabe

Code-Nr. frei = entfällt

Anhang 3

Fragenkatalog zur Auswertung der gesammelten Daten

I. Organisation des Kurbetriebes

1. Prozentuale Verteilung der Patientinnen des Jahres 1980 über alle Monate.
2. Prozentuale Verteilung der Aufenthaltsdauer in Tagen.
3. Prozentuale Verteilung vorhergegangener Kuren.

II. Soziales Profil des Patientenkollektivs

1. Altersverteilung
2. Familienstand
3. Kinderzahl
4. Beruf
   a) Prozentuale Verteilung der Berufsgruppen
   b) Prozentuale Verteilung der Arbeitsschichten und Akkordarbeit
5. Prozentuale Verteilung des Personenhaushalts
6. Normalschicht im Vergleich zu Personenhaushalt

III. Beschwerdeprofil und Operationen

1. Prozentuale Verteilung des Aufnahmegrundes
2. Beschwerdeprofil allgemein
   a) Prozentuale Verteilung der Beschwerdebilder
   b) Prä- bzw. postoperativer Zeitpunkt des Eintritts der Beschwerden
   c) Postoperative subjektive Besserung oder Verschlechterung der Beschwerden
   d) Besserung, Gleichbleiben oder Verschlechterung der Beschwerden nach der Kur
   e) Allgemeines subjektives Wohlempfinden bei Kurentlassung

3. Beschwerdeprofil gynäkologisch
   a) Prozentuale Verteilung der Blutungsstörungen
   b) Prozentuale Verteilung der GV- oder Libidobeschwerden
   c) Kinderwunsch bei Sterilität
4. Operationsprofil
   a) Prozentuale Verteilung der Hysterektomien und deren Ursachen
   b) Prozentuale Verteilung der Adnexoperationen und deren Ursachen
   c) Prozentuale Verteilung der Mamma-Operationen und deren Ursachen
   d) Prozentuale Verteilung der letzten gynäkologischen Operation vor der Kur in bezug auf das Jahr
   e) Allgemeines subjektives Wohlempfinden nach der Operation

IV. Therapie
1. Anwendungen
   a) Prozentuale Verteilung der Häufigkeiten
   b) Subjektive Wirksamkeitsskala
2. Hormontherapie
   a) Oestrogentherapie vor der Kur
   b) Oestrogentherapie während der Kur
3. Andere Medikamententherapie
   a) Psychopharmakatherapie
   b) Analgetikatherapie
4. Psychotherapie
   a) Einzelgespräche
   b) Autogenes Training

Varianzanalyse plan

EWL - K - Skalen — vorher | nachher

	A	C	O	E	F	G	H	I	Z	K	L	M	N	O	A	C	O	E	F	G	H	I	Z	K	L	M	N	O	Pat.-Nr.
Klinik 1	0	100	100	80	14	87	12	9	93	100	100	85	100	100	18	100	85	100	14	100	12	18	93	100	100	100	100	100	1
	54	63	18	60	14	87	62	72	93	100	75	85	93	32	72	84	71	80	57	87	38	90	80	100	93	74	93	67	2
stabil	28	100	100	100	57	87	50	55	67	75	80	85	100	82	28	92	100	100	14	75	12	37	80	50	80	100	93	82	3
	9	62	18	80	57	100	12	0	93	75	100	85	93	67	18	92	85	100	85	100	62	82	93	100	100	85	100	82	4
	18	62	93	100	100	100	100	87	75	100	100	100	82		0	54	28	100	74	100	38	46	73	100	100	100	100	100	5
	28	92	85	60	57	100	12	28	93	100	100	100	84	33	9	64	28	60	74	100	50	46	93	75	100	85	84	33	6
	82	92	58	100	85	75	98	90	100	100	100	100	100	67	37	77	85	40	85	100	75	63	87	100	100	100	100	67	7
	72	84	28	60	100	100	38	90	7	0	60	14	93	47	90	100	74	100	100	100	50	100	60	25	100	58	100	0	8
	72	32	0	100	100	100	75	100	80	75	100	43	53	50	72	92	85	100	74	100	50	100	87	100	100	74	87	50	9
Klinik 1	30	77	43	60	100	100	88	100	60	25	100	85	100	67	46	33	43	0	74	100	100	100	87	25	100	85	100	33	10
	50	32	43	100	100	100	50	63	54	0	100	100	100	67	90	92	28	100	100	87	38	9	54	0	100	58	44	17	11
labil	90	100	58	100	100	100	25	63	27	0	80	58	100	33	28	100	100	100	85	100	25	90	100	25	100	85	93	50	12
	28	43	14	60	43	25	0	18	33	0	100	0	38	50	54	100	85	100	43	75	38	82	60	25	100	14	100	50	13
	72	100	28	80	57	87	0	28	47	75	100	43	75	100	18	47	43	100	74	87	50	90	100	25	100	85	87	33	14
	37	84	100	100	57	100	88	90	100	100	100	100	100	50	46	100	100	100	28	100	62	82	100	100	100	100	100	50	15
	46	39	0	60	100	100	50	90	7	0	40	58	60	17	72	35	0	60	100	100	0	28	7	0	0	39	7	33	16
	0	17	28	20	74	25	75	28	87	25	100	58	63	0	54	77	85	100	100	100	75	90	100	25	100	100	93	67	17
	0	0	43	80	14	50	0	0	13	0	80	0	12	17	0	100	85	100	14	87	25	72	100	25	100	74	100	82	18
	28	47	58	80	54	12	25	0	7	0	80	14	38	0	9	34	28	60	43	12	25	10	20	0	80	0	50	0	19
	18	68	43	20	85	87	12	9	87	25	80	100	57	0	0	35	43	60	74	87	12	9	100	25	100	85	75	17	20
	0	34	0	40	87	62	50	18	0	0	60	0	0	17	0	0	0	40	74	12	12	0	7	0	20	0	0	17	21
	54	92	38	100	57	100	12	32	20	75	100	44	50	82	54	100	85	100	43	100	0	37	60	100	100	85	87	82	22
Klinik 2	9	100	100	100	74	100	25	63	100	100	100	100	100	66	36	76	100	100	74	100	75	90	100	75	100	100	100	100	23
	100	34	0	40	100	25	75	90	43	50	59	0	25	0	55	92	85	100	74	100	25	82	67	75	100	57	87	100	24
stabil	100	100	85	100	100	100	75	90	80	100	100	85	100	66	100	100	100	100	100	100	100	100	93	100	100	100	100	82	25
	63	100	100	100	57	100	62	82	66	50	100	72	100	83	55	100	72	100	100	100	62	100	86	75	100	100	100	60	26
	28	92	43	100	57	100	0	0	80	0	80	100	67	49	0	54	15	100	0	25	0	0	100	25	100	28	41	32	27
	28	100	85	100	57	100	12	9	100	75	100	100	100	100	9	92	85	100	74	100	12	72	100	75	100	100	100	100	28
	55	92	43	100	57	88	50	63	92	75	100	85	84	66	18	69	85	100	100	100	62	90	86	100	100	100	87	100	29
Klinik 2	55	54	14	20	85	88	88	80	60	75	100	100	100	33	90	77	43	60	100	100	88	100	79	25	100	85	84	33	30
	34	77	73	80	100	88	88	84	59	25	100	90	93	83	73	92	43	80	100	100	62	72	47	43	80	56	94	83	31
labil	28	100	100	100	85	100	12	36	100	75	100	85	100	83	37	100	74	100	85	100	12	82	100	100	100	100	100	83	32
	55	62	15	40	74	75	25	37	34	0	100	58	63	18	28	54	15	80	85	87	62	34	67	0	100	72	62	0	33
	0	46	15	80	43	100	100	82	100	100	100	100	100	66	45	77	57	80	72	100	100	100	53	0	100	100	100	83	34
	100	85	28	100	100	62	0	82	67	0	80	58	54	66	100	100	72	100	100	87	38	100	93	25	100	85	87	50	35
	0	62	28	80	74	100	0	0	26	50	100	58	93	66	90	100	85	100	100	100	100	100	90	87	50	100	100	100	66	36
	28	92	74	80	100	100	25	82	60	0	80	74	65	33	0	62	28	80	28	87	0	9	33	25	100	72	56	49	37
	0	15	0	40	28	12	0	0	40	0	80	43	38	33	55	100	100	100	100	100	62	82	75	75	100	100	54	33	38
	0	0	15	80	15	0	0	0	6	0	80	0	0	33	82	92	57	100	85	100	100	100	93	100	100	85	100	66	39
	0	62	15	80	15	100	12	0	100	75	100	85	87	83	9	92	100	100	57	87	62	55	100	100	100	85	100	83	40
	9	23	0	60	75	62	12	9	20	0	80	58	30	0	0	46	43	60	100	50	25	18	73	0	100	28	49	0	41
	55	16	15	40	74	25	63	63	47	50	100	28	56	0	63	0	0	40	100	0	37	72	33	25	80	42	12	16	42
	28	68	57	100	43	88	50	73	87	50	100	85	84	33	9	77	57	60	28	100	62	63	100	100	100	72	94	100	43
	9	100	100	100	74	88	63	28	100	100	100	100	100	83	0	54	85	100	85	100	75	100	100	100	100	100	100	66	44

Anhang 5

Berufsgruppen

1. Anlernberufe:

   Sortiererin, Putzfrau, med. Helferin, Badehilfe, Stationsgehilfin, Kraftfahrerin, Hausangestellte, Auszeichnerin, Kontrolleurin, kirchl. Mitarbeiterin, Arbeiterin, Auffüllerin, Packerin, Küchenhilfe, Pförtnerin, Zimmermädchen, Zeitungsträgerin, Wäschereigehilfin, Kantinenhilfe, Badewärterin, Prüferin, Schulhausmeisterin, Manglerin, Wagenpflegerin, Ladenhilfe, Gaststättenhilfe, Nachtwache, Montiererin, Versandgehilfin, Kranfahrerin, Lageristin, Landwirtschaftsgefilfin, Schleiferin.

2. Ausbildungsberufe:

   a) gewerblich-technisch:

      Uhrmacherin, Näherin, Stickerin, Strickerin, Graveurin, Druckerin.

   b) med.-sozial-pädagog.:

      Krankenschwester, Krankengymnastin, Schwesternhelferin, Säuglingsschwester, Dorfhelferin, Altenpflegerin, Sozialhelferin, Erzieherin, Stenolehrerin.

3. Bürotätigkeiten:

   a) höher qualifiziert:

      Verwaltungsangestellte, Archivangestellte, Bibliotheksangestellte, Versicherungskaufmann, Büroangestellte, kaufm. Angestellte, Industriekaufmann, Exportkaufmann, Propagandistin, Disponentin, Steuergehilfin, Fachbereichsmitarbeiterin, Bankangestellte, Arbeitsvermittlerin, Sachbearbeiterin, Buchhalterin, Kontoführerin, Kontoristin, Datenverarbeiterin, Programmiererin, Sekretärin.

   b) sonstige:

      Bürogehilfin, Schreibkraft, Stenotypistin, Phono- und Datentypistin.

4. Sonstiges:

   Techn. Zeichnerin, techn. Angestellte, Köchin, Kellnerin, Serviererin, Gärtnerin, Friseurin, Fotografin, Hauswirtschafterin, Modezeichnerin, Schneiderhandwerksgesellin.

5. Leitende Tätigkeit:

   Meisterin.

Anhang 6

Diagnosen und Beschwerdebilder

1. Unterleibserkrankungen:

   Z.n. Unterleibs-Op., chron. Adnexitis, Ovaritis, Ovarialcysten, Endometriose, chron. Metritis, Uterus myomatosus, chron. Parametritis, Pelvipathia spastica, sek. Strahlenkrankheit, Adhäsionssyndrom, Vaginalfluor, Vaginitis, Soorkolpitis, Ektocervicitis, Portioerosion, Portiostenose, Granulationspolyp im Scheidenverschluß, Vulvitis, Kraurosis vulvae.

2. Lageanomalien:

   Descensus vaginae/uteri, Cystocele, Rectocele, Retroflexio uteri, Retroversio uteri, Hyperanteflexio uteri fixata, Sinistro-/Dextropositio uteri, Hypoplasia uteri.

3. WS-Syndrom, Beschwerden d. Bewegungsapparates:

   HWS-BWS-LWS-Syndrom, Nackenschulterschmerzen, Schulter-Arm-Syndrom, "Rückenschmerzen", Spondylosis deformans, Spondylochondrosis, Bandscheibenschäden, Osteochondrose, M. Scheuermann, Skoliose, Coxarthrose, Pfannendysplasie, Hüftgelenksbeschwerden, Z.n. Hüftgelenks-Op., Arthrose, Meniscopathie, "Schmerzen in Armen und Beinen", Periarthritis humero-scapularis, Epikondylitis, Ischialgie, Lumbalgie, Rheumatoide Arthritis, Fraktur os metatarsale.

4. Herz- und Kreislaufbeschwerden:

   pectanginöse Beschwerden, Stenocardien, Schwindel, Herzrasen, Herzbeklemmungen, Herzklopfen, Herzmuskelschaden, Rhythmusstörungen, Herzinsuffizienz, komp. Herzmuskelschwäche, Coronarinsuff., orthost. Dysregulation.

5. Erschöpfungszustände:

   rasche Ermüdbarkeit, Abgeschlagenheit, psychophysische Erschöpfung, Müdigkeit, Mattigkeit, allg. Schwäche.

6. Mamma-Beschwerden:

   Brustschmerzen, Narbenbeschwerden, Mastodynie, Mastopexie, cystische Mastopathie.

7. Varizen:

   Venenentzündung, Thrombophlebitis.

Anhang 7

OPERATIONEN ARTEN UND URSACHEN

A. Hysterektomie

Arten:	abdominal und vaginal	
Ursachen:	1. Blutungen:	Menorrhagien, Metrorrhagien, Hypermenorrhoe, recid. Dauerblutungen, Schmierblutungen, starke Blutung nach Sectio.
	2. Lageanomalien:	Descensus uteri/vag./genitalis, Cystocele, Prolaps uteri, Retroflexio uteri, abs. Harninkont.
	3. Entzündungen:	chron. Endocervicitis, Endometritis.
	4. gutartige Tu:	Uterus myomatosus, Corpus-/Cervixpolyp.
	5. Präcancerosen, Entzündungen:	atyp. Veränderungen und Ca. in situ, susp. PAP. (III , IV), Leukoplakie, "Portioerosion" = Erythroplakie.
	6. Uterus-Ca.:	invasives Ca. des Endometriums oder der Cervix.
	7. Sterilisation	
	8. Sonstiges:	Unterleibsbeschwerden, Hyperplasie, Endometriosis (int.), Introitusstenose.
	9. eigener Wunsch	
	10. prophylaktisch	

B. Adnexoperation

Arten:

1. Cystenpunktion/-ektomie
2. Teilresektion des Ovars
3. Salpingektomie einseitig/beidseitig
4. Ovarektomie
5. Adnektomie

Ursachen:	1. Entzündungen:	chron. Adnexitis, Tuboovarialabszeß, Sactosalpinx (Hydrosalpinx, Pyosalpinx, Hämatosalpinx), Konglomerattumoren, Hydrops tubae profluens.
	2. gutartige Tu:	Ovarialcysten und Cysten mit Endometrioseherden (Schokoladencysten), Dermoidcysten, Teratom, Ovarialfibrom.
	3. Carcinom:	Ovarial-Ca.
	4. Sterilisation	
	5. Sonstiges:	Eileiterschwangerschaft, Endometriosis (externa), Unterleibsbeschwerden.

C. Funktionell anatomisch restituierende Op.

Arten:	1. Senkungs-Op.:	Vord./hint. Kolporrhaphie, Antifixation des Uterus, Stumpffixation, Hysteropexie nach Kocher.
	2. Inkontinenz-Operation:	Blasensuspensionsplastik, Schlingen-Op., Operation nach Marshall-Marchetti.
	3. Op. im Bereich Portio/Vagina/ Vulva:	Sprengung einer Scheidenstenose, Scheidencystenentfernung, Muttermundsdehnung, Elektrokauterisation (eines Vaginalpolypen, Portio), partielle Vulvektomie, Fistelop.
	4. Sonstiges:	Bauchdeckenplastik, Adhäsiolyse.

Ursachen: entfällt

D. Abrasio

Arten: entfällt

Ursachen: 1. Blutungsstörungen: Menorrhagien, Metrorrhagien, Dauerblutungen, Schmierblutungen, Postmenopausebl.

2. (V.a.) Abort

3. Cervixpolyp

E. Sterilisation

Arten: Tubenkoagulation, -ligatur, Hysterektomie

Ursachen: Wunsch

F. Maßnahmen zur Ursachenerkennung einer Sterilität

Arten: Salpingographie, Laparoskopie, Pertubation

Ursachen: Sterilität

G. Maßnahmen zur Behebung einer Sterilität

Arten: Salpingostomie, Salpingolyse, Stomatoplastik

Ursachen: Sterilität

H. Laparoskopie

Arten: entfällt

Ursachen: nicht angegeben/verschiedene

I. Sectio

K. Postoperative Komplikationen

Arten: Abszeß, Peritonitis, Ileus, Fistelbildung, sec. Wundheilung, Harnwegsinfekte, Douglashämatom, Parametrane Infiltration, Nachblutungen, Harninkontinenz, Narbenhernie, Adhäsionssyndrom.

Ursachen: entfällt

L. Mamma-Operationen

Arten:
1. PE
2. subcutane Mastektomie
3. Ablatio mammae
4. Ausräumung der Axilla
5. Aufbauplastik
6. Knotenentfernung

Ursachen:

1. Brustdrüsenveränderungen:	cyst. Mastopathie, Milchgangspapillom, Mastitis puerperalis, Silikonallergie.
2. Ca. und Metastasen:	Ca.-Verdacht, Mikro-Ca., Carcinom, Lymphknotenbefall.

M. Sonstige, nicht gynäkologische Operationen

Anhang 8

MEDIKAMENTENLISTE

(Zusammenstellung nach der "Roten Liste")

A. Hormonpräparate(R)

1. Depotpräparate:	Gynodian, Progynon, Clinovir
2. Präparate in Tablettenform:	Ortho Gynest, Ovanon, Progynon, Cyclo Progynova, Synapause, Presomen, Yermonil, Transammon, Hormomed, Ovestin, Estrifam, Gynäsan
3. Präp. in Creme- od. Zäpfchenform:	Dienoestrol, Ovestin
4. Homöopathische Präparate:	Remifemin

B. Psychopharmaka(R)

1. Neuroleptika:	Neurocil, Imap, Orap, Atosil
2. Benzodiazepine:	Dalmadorm, Adumbran, Mogadan, Rohypnol, Diazepam, Albego, Frisium, Lexotanil, Praxiten, Tavor, Tranquase, Tranxilium, Valium Silentan
3. Tranquilizer:	Omca, Bellergal
4. Hypnotika, Sedativa:	Somnibel
5. Antidepressiva:	Saroten, Alival, Vivalan, Dogmatil, Aponal, Tolvin, Gamonil, Insidon, Ludiomil, Limbatril
6. Homöopathische Präparate:	Baldrian, Plantival

Anhang 9

Erklärung des Freiburger Persönlichkeitsinventars und der Eigenschaftswörterliste für Patienten.

Dieses Tests dienen dazu, begleitend zur Therapie nicht nur Ihr körperliches, sondern auch Ihr seelisches Befinden im Verlauf der Kur zu berücksichtigen.

Die Tests sind freiwillig, die Informationen werden streng vertraulich behandelt.

Die Befragungen finden zu Beginn und gegen Ende Ihrer Kur statt, spätestens jedoch nach 4 Wochen.

Herrn Professor Dr. med. L. Beck gilt unserer besonderer Dank für die Überlassung des Themas und die Unterstützung bei der Entstehung dieser Arbeit.

Bei Herrn Professor Dr. H.-J. Steingrüber möchten wir uns vielmals für die Hilfe bei der Erstellung der psychologischen Untersuchungsergebnisse sowie für seine Beratung in allen anstehenden Fragen bedanken.

Herrn Professor Dr. rer. nat. J. Morgenstern danken wir für seine freundliche Beratung bei der statistischen Auswertung der Ergebnisse.

Alle Unterlagen für diese Arbeit stammen aus der gynäkologischen Abteilung der Kurklinik "Paracelsus" in Bad Schwalbach, Chefarzt Herr Dr. med. W.P. Wieck, und den "Kurkliniken Am Burggraben" in Bad Salzuflen, Chefärztin Frau Dr. med. B. Ehret, denen wir für ihr Entgegenkommen und ihre Kooperation bei der Durchführung der Untersuchungen Dank sagen.

Herrn Dr. med. H. Wollmann, Bad Schwalbach, und Frau Dr. med. B. Ehret, Bad Salzuflen, danken wir herzlich für Beratung und Hilfe bei der Datensammlung für diese Arbeit.

Lebenslauf

Ich heiße Christa Maria Smitka, geb. Fischer, bin am 10. Mai 1958 in Schwerte geboren, seit dem 17. August 1948 mit Artur Smitka verheiratet und wohne in 5840 Schwerte, Bürenbrucherweg 13.
Meine Eltern sind Franz-Josef Fischer, der als Elektrotechniker beschäftigt ist, und Anneliese Fischer, geb. Stanossek, tätig als Bankangestellte.

Von April 1965 bis Juni 1968 besuchte ich die Grundschule in Hennen und wechselte im August 1968 zum Städtischen Ruhrtal-Gymnasium in Schwerte/Ruhr, wo ich am 16. Juni 1977 die Allgemeine Hochschulreife erlangte.

Nach Abschluß meiner Schulzeit war ich von August 1977 bis März 1978 als Praktikantin in Labor und Praxis bei Herrn Dr. med. Witta, Arzt für Allgemeinmedizin in Hagen beschäftigt.

Im April 1978 nahm ich das Studium der Humanmedizin an der Universität Düsseldorf auf, an der ich die Ärztliche Vorprüfung und die ersten beiden Staatsexamina erfolgreich absolvierte. Das Praktische Jahr leistete ich an den Kliniken-St.-Antonius in Wuppertal ab und beendete mein Studium nach 12 Semestern mit Bestehen der Ärztlichen Prüfung am 16. April 1984 in Düsseldorf.

Seit dem 15. Mai 1984 bin ich als Assistenzärztin in der Frauenklinik des Allgemeinen Krankenhauses für die Stadt Hagen tätig.

Lebenslauf

Mein Name ist Heidi Schröder, geboren am 2. März 1950 in Düsseldorf als Tochter des Fabrikanten Karl-Heinz Emil Schröder und seiner Ehefrau Ruth Jenni Frieda, geb. Karnatz. Ich wohne in 4000 Düsseldorf, Schanzenstr. 59.

Von 1956-1960 besuchte ich die Grundschule in Ratingen, von 1960-1968 das Städtische Neusprachliche Mädchengymnasium in Ratingen, an dem ich am 29.5.1968 das Abitur ablegte.

In den Jahren 1969-1971 wurde ich zur med.-techn.-Assistentin für Labor und Röntgen an den Städt. Krankenanstalten in Düsseldorf ausgebildet. An das Staatsexamen am 5.3.1971 schloß sich ein halbjähriges Praktikum in den Klinischen Laboratorien der Universitäts-Hautklinik, Düsseldorf, zur Erlangung der Berufsbezeichnung an.

Die Jahre 1972-1974 verbrachte ich im Ausland. Nach Deutschland zurückgekehrt übte ich bis 1978 eine freiberufliche Tätigkeit aus.

Im April 1978 begann ich das Studium der Humanmedizin an der Universität Düsseldorf. Nach der Ärztlichen Vorprüfung und den ersten beiden Staatsexamina folgte vom April 1983 - März 1984 das Praktische Jahr im Marien-Hospital in Düsseldorf, an dem ich am 22. Mai 1984 die Ärztliche Prüfung bestand.